



7

¿Quién es quién? El hoy y el mañana de los actores de salud

Francisco Jiménez

EL SISTEMA DE SALUD
EN GUATEMALA
¿hacia dónde vamos?

Este informe se presenta tal como se recibió por el CIID de parte del o de los becarios del proyecto. No ha sido sometido a revisión por pares ni a otros procesos de evaluación.

Esta obra se usa con el permiso de Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

© 2008, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

322
J5

Jiménez, Francisco

El Sistema de Salud en Guatemala, 7: ¿Quién es quién?
El hoy y el mañana de los actores de salud. Programa de las
Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008.

88 p. ; (El Sistema de Salud en Guatemala; 7).

ISBN 978-99939-908-3-3.

1. Salud pública – Guatemala. 2. Servicios de salud.
3. Política de salud. I. Título.

Las ideas y opiniones expresadas en este documento son de los autores; no representan, necesariamente, la posición oficial de las instituciones que apoyaron esta iniciativa.

Este es un esfuerzo interinstitucional apoyado por el INDH-PNUD.

El producto ha sido registrado bajo la responsabilidad editorial del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 5ª avenida 5-55 zona 14, edificio Europlaza, torre 4, nivel 10, Guatemala

Teléfono (502) 2384-3100

www.undp.org.gt

Descargas del documento en PDF:

www.desarrollohumano.org.gt



ISBN 978-99939-908-3-3

Edición y diagramación:

Amanuense Editorial - Grupo Amanuense

www.grupo-amanuense.com

Tel.: (502) 2367-5039

Diseño de portada: Héctor Morales Delgado y Melissa Elizondo

Impresión de 3,000 ejemplares Serviprensa, S.A

Tel.: (502) 2232-0237

Guatemala agosto de 2008.

Se permite la reproducción de este documento, total o parcial, con autorización del responsable editorial y sin alterar contenidos ni créditos de autoría ni edición. El ente interesado en reproducciones puede agregar sus logotipos como créditos por la reimpresión con autorización del responsable editorial.

Índice



Reconocimientos	7
Presentación	13
Prólogo	17
Introducción	19
Reseña conceptual y metodológica	21
Mapeo de gabinete	21
<i>Aproximación a las visiones de los actores</i>	21
Mapeo político de actores de salud	25
Resultados	25
<i>Actores identificados</i>	25
<i>Subsector al que pertenece</i>	26
<i>Funciones que cumplen los actores</i>	27
<i>Autonomía respecto al sistema</i>	28
<i>Orientación interna o externa al sistema</i>	28
<i>Nivel de importancia respecto al sistema</i>	29
<i>Actor primario / Actor secundario</i>	29
<i>Mapa de actores en relación al eje concéntrico</i>	29
Mapa político de los actores de la salud en Guatemala	32
Análisis y conclusiones	32
Aproximación a las visiones de futuro de los actores de salud	34
<i>Presentación y análisis de resultados</i>	34
- Extremos teóricos	37
- Visiones tipo	37
Conclusiones y recomendaciones	45
Anexos	47
Siglas utilizadas	67



Índice de gráficas y cuadros

Gráfica No. 1:	
Subsector al que pertenecen los actores	26
Cuadro No. 1:	
Funciones y actores	27
Gráfica No. 2:	
Nivel de autonomía de los actores respecto al sistema	28
Gráfica No. 3:	
Orientación al sistema de los actores	28
Gráfica No. 4	
Nivel de importancia del actor respecto al sistema	28
Cuadro No. 2:	
Actores, actores considerados y actores no considerados	30-31
Gráfica No. 5	
Mapa político de los actores de la salud en Guatemala	32
Gráfica No. 6:	
Espectro de los actores según visiones tipo. Mapa de visiones	39
Gráfica No. 7:	
Gráfica inicial	47
Cuadro No. 3:	
Matriz listado de actores, mapeo de gabinete, 23 y 24 de mayo de 2006	50
Cuadro No. 4:	
Matriz indicador interconexiones	56
Gráfica No. 8:	
Actores con nivel alto de autonomía (Indicador 4)	60
Gráfica No. 9:	
Actores con nivel medio de autonomía (Indicador 4)	60
Gráfica No. 10:	
Actores con orientación externa (Indicador 5)	61
Gráfica No. 11:	
Actores con orientación interna (Indicador 5)	61
Gráfica No. 12:	
Actores con nivel muy importante (Indicador 6)	62
Gráfica No. 13:	
Actores con nivel poco importante (Indicador 6)	62
Gráfica No. 14:	
Actores con nivel nada importante (Indicador 6)	63
Gráfica No. 15:	
Actores principales (Indicador 8)	63
Variables	66



Reconocimientos



La construcción social del futuro de la Salud en Guatemala
Colección de Textos
El sistema de salud en Guatemala: ¿hacia dónde vamos?

Coordinadora general
Karin Slowing Umaña

Investigadores principales
Gustavo Estrada Galindo
Lucrecia Hernández Mack

Gestión administrativa y financiera
Delmi Garrido Hernández

Asistencia técnica
Patricia Cortez Bendfeldt

Producción editorial
Héctor Morales Delgado

Grupo Promotor (2005 – 2007)

Universidad Rafael Landívar
Carmen Arriaga de Vásquez,
Directora Departamento Post Grado, Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad del Valle de Guatemala
Edgar Hidalgo,
Investigador Asociado

Universidad de San Carlos de Guatemala
Ángel Sánchez Viesca,
Asesor Planificador de la Coordinadora General de Planificación



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Jorge Monterroso,
Director de la Unidad de Planificación Estratégica

Ada de Aldana,
Encargada de Cooperación Internacional

Juan Luis Orantes,
Consultor de Planificación Estratégica

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Vidal Herrera Herrera,
Jefe del Departamento de Planificación

Juan Roberto Morales,
Jefe del Departamento de Servicios Centrales

Edgar Herrera,
Consejero Técnico

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
América de Fernández,
Consultora Recursos Humanos de Salud

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
Informe Nacional de Desarrollo Humano y Objetivos de Desarrollo del Milenio
Karin Slowing Umaña,
Coordinadora INDH

Aracely Lazo,
Asistente técnica del INDH

Aportes institucionales (2003-2008)

Universidad Rafael Landívar
Julia Guillermina Herrera Peña,
Rectora

Claudio Ramírez,
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Mario Aguilar Campollo,
Vice-decano, Facultad de Ciencias de la Salud

Miguel Garcés,
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud 1998-2004

Universidad de San Carlos de Guatemala
Carlos Estuardo Gálvez Barrios,
Rector

Luis Alfonso Leal Monterroso,
Rector 2002-2006



Universidad del Valle de Guatemala

Roberto Moreno Godoy,
Rector

Robert Klein,
Director CDC-CAP 1990-2006

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Eusebio del Cid Peralta,
Ministro de Salud

Alfredo Privado,
Ministro de Salud, 1 febrero 2007 al 14 enero 2008

Marco Tulio Sosa
Ministro de Salud, 14 de enero 2004 al 11 de septiembre 2006

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

Joaquín Molina Leza,
Representante OPS/OMS en Guatemala

Federico Hernández,
Asesor de Servicios y Sistemas de Salud

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

Beat Rohr,
Coordinador Residente, Sistema de Naciones Unidas en Guatemala
Representante Residente, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Xavier Michon,
Director de País, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Chisa Mikami,
Directora de País Adjunta, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Bárbara Pesce-Monteiro,
Representante Residente Adjunta,
Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Informe Nacional de Desarrollo Humano

Juan Alberto Fuentes,
Coordinador INDH 1998 - 2005

Tatiana Paz,
Asistente técnica del Programa universitario de investigación y desarrollo humano
– PIUDH - 2004-2005

Pamela Escobar,
Asesoría estadística

Pamela Rodas,
Asistente administrativa y financiera

Héctor Morales,
Oficial de comunicación



Grupo de Reflexión Inicial

Alfredo Moreno
Baudilio López
Carlos Alberto Alvarado Dumas
Carlos Gelhert Matta
Cizel Zea
Denis Pigot
Edgar Hidalgo
Enrique Duarte
Enrique Rodríguez
Federico Hernández
Hilda Leal
Isabel Enríquez
Ivan Mendoza
Joan Sabater

Jorge Astorga
Jorge Lavarreda
Juan Alberto Fuentes
Juan José Hurtado
Julio Cesar Lone Vásquez
Karin Slowing Umaña
Lidia Morales
Lorena de Ávila
Luis Octavio Ángel
Mario Roberto Gudiel Lemus
Mary Ann Anderson
Miguel Ángel Pacajó
Miguel Garcés
Nohora Alvarado

Oscar Cordón
Patricia Palma
Pedro Luis Castellanos
Ramiro Quezada
Raúl Arévalo
Ricardo Valladares
Roberto Klein
Roberto Marengo
Rubén González
Tito Rivera
Velia Oliva
Verónica Spross

Investigadores Asociados

Francisco Jiménez
Edgar Gutiérrez
Julio Penados del Barrio
Walter Flores
Edgar Hidalgo
Roberto Molina
Clara Aurora García
Percy Rojas

Juan Carlos Mazariegos
Alejandro Cerón
Gustavo Estrada Galindo
Ana Lucia Garcés
Isabel Garcés
Virginia Moscoso
Carlos Flores

Auxiliares de Investigación

Ana Lorena Ruano
Anabella Aragón
Elizabeth Avalos
Ismael Gómez

Equipo Inter-universitario de apoyo a estudio Mapeo

Universidad Rafael Landívar
Alejandro Marco Sagastume Pérez
Ángel Lara
Pamela de la Roca

Universidad de San Carlos de Guatemala
Cindy Mariela García
Christopher Pérez Soto
Wendy Melina Rodríguez Alvarado



Participación en proceso de análisis

Alfonso Morales
Alfredo Moreno
Ana Isabel Garita
Annette M. de Fortín
Ariel Rivera
Belinda Ramos
Carlos Arriola
Carlos Barreda
Carlos Daniel Zea
Carlos Flores
Carlos Vassaux
Claudia Suárez
Conchita Reyes
Coralía Herrera
Cristina Chávez
Cristina Gómez
Denis Pigot
Edelberto Torres-Rivas
Edgar Herrera
Edna Calderón Chávez
Elena Díez
Enrique Chávez
Federico Alfaro
Felipe Girón

Félix Alvarado
Francisco Mendoza
Gustavo Palma
Héctor Espinoza Vega
Hedi Deman
Hilda Leal de Molina
Iván Mendoza
Jorge López
José Miranda
José Pedro Mata
Juan Carlos Verdugo
Julio Díaz Caseros
Julio García Colindres
Karen Ponciano
Lidia Morales
Ligia C. Vargas Nisthal
Ligia Peláez
Lilian Ramírez
Lucía Verdugo
Lucilla María Bruni
Luis Fernando Mack
Luis Octavio Ángel Ancheita
Marco Antonio Barahona
María José Schaeffer

Mario Rodolfo Salazar Morales
Mario Sosa
Marta Lidia Ajú
Miguel Garcés
Miguel Von Hoegen
Nadine Gasman
Nely Herrera
Roberto Molina Cruz
Rodolfo Lambour
Ronaldo Luna
Santiago Bastos
Scarleth Gomar
Sergio Mendizábal
Sergio Mendoza
Sergio Tumax
Sonia Morales
Tito Rivera
Tomás Rosada
Velía Oliva
Verónica Spross
Víctor Hugo Toledo
Víctor Manuel González

Reconocimiento especial

Al Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar y al personal por su incondicional apoyo a la coordinación del proyecto.

Al señor Ricardo Valladares por su asesoría en la ejecución de esta iniciativa.

Sistematización del Proceso

Alejandra Hernández Sánchez
Julia Herrera Cevallos
Liliana González Jiménez
Marianela Miranda
Paula León Savedra

Apoyo financiero

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo financiero del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Ottawa, Canadá.

Andrés Rius
Roberto Bazzani
Bárbara Miles
Adriana Bordabehere



Presentación



A Guatemala le urge repensar su sistema de salud. Hace 18 años fue la última vez que se hizo un análisis exhaustivo y de carácter integral sobre la salud y el sector salud guatemalteco. Coordinado y realizado por un selecto grupo de especialistas nacionales, el “Estudio básico del Sector Salud” involucró a una gama de instituciones bajo los auspicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS–, el Banco Interamericano de Desarrollo –BID– y la Oficina Panamericana de la Salud –OPS. Su primera finalidad fue asegurar que el país contara con un mínimo de información acerca de los variados retos que habría de enfrentar una reforma sectorial cuyo advenimiento, en ese entonces, apenas si se avizoraba en el horizonte.

A la rica serie de informes finales de investigación sólo tuvieron acceso unas pocas personas; la OPS publicó un breve resumen del “Estudio básico”, en un tiraje limitado. En ese tiempo, todavía no era posible “colgar” en una página web un material tan abundante como el que esta iniciativa generó, medio que hubiera permitido subsanar en alguna medida la falta

de acceso más generalizado a los diversos estudios.

Desde entonces, mucha agua ha corrido bajo el puente. En el año 1996, dio inicio la “Reforma Sectorial de Salud”, cuyos procesos más visibles son la descentralización financiera y el arranque del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS– con su vástago, el Programa de Extensión de Cobertura –PEC–, dirigido a poblaciones con carencia crónica de cobertura institucional en salud.

A la fecha, todavía no se ha realizado una evaluación externa, independiente y pública sobre los procesos desatados y los impactos que ha tenido en la salud de la población la aplicación de las políticas vinculadas a la reforma sectorial. Sin ella resulta complicado establecer sus alcances y limitaciones, así como determinar objetivamente en qué medida dicha “Reforma” ha contribuido a consolidar una mejor institucionalidad pública, capaz de enfrentar los desafíos en salud de los próximos años con mayor grado de éxito.





De igual manera, más allá de la retórica “políticamente correcta” acerca de la importancia de la salud para el desarrollo, el debate sobre la salud y el sistema de salud ha estado, por varios años, prácticamente fuera de la agenda pública.¹ Por otra parte, es notorio el escaso involucramiento que ha tenido la sociedad civil en la definición de la política de salud, así como en el monitoreo de sus resultados. Su papel más destacado ha estado en la implementación de las acciones operativas impulsadas en el marco del PEC, que son definidas desde las unidades gestoras a cargo de este programa en el MSPAS.

Este conjunto de circunstancias e inquietudes son las que sirvieron de motivación al Programa de los Informes Nacionales de Desarrollo Humano del PNUD Guatemala, para impulsar una dinámica que desatara la reflexión y el debate ciudadano acerca de cuál es el sistema de salud que necesita la sociedad guatemalteca. Un sistema que debe comenzarse a construir hoy, para así poder enfrentar, en el mediano plazo, los retos de salud-enfermedad de una población expuesta a un sinnúmero de carencias, riesgos y vulnerabilidades, que afectan negativamente sus posibilidades de vivir una vida prolongada y saludable.

La iniciativa fue recibida muy positivamente y derivó en la formación de un consorcio integrado por las Universidades Rafael Landívar, del Valle de Guatemala y San Carlos de Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, la Oficina Panamericana de la Salud y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, por intermedio del Programa de los Informes Nacionales de

¹ Muy recientemente (2005 para acá) ha habido algunas iniciativas: destacan la “Agenda Nacional de Salud” elaborada por el MSPAS y el proyecto “Visión de país”, que ha generado una propuesta de “ley marco de salud”, la cual hasta hace pocos meses, comenzó a ser discutida por parte el gremio médico y por la Comisión de Acompañamiento de los Acuerdos de Paz, así como por algunas organizaciones de la sociedad civil.

Desarrollo Humano. En todo el proceso se contó siempre con el apoyo financiero del International Development Research Centre –IDRC– por medio de su programa “Equidad, gobernabilidad y salud”.

La primera etapa de trabajo, realizada entre los años 2005 y 2007, consistió en la generación de información y conocimiento concebido explícitamente desde el inicio como un insumo para alcanzar tres finalidades: *“Fomentar y generar procesos democráticos de discusión política, científica y técnica en salud, con amplia participación de los actores políticos y sociales”* y a partir de estos, *“contribuir a la formulación de políticas, planes y acciones de salud en Guatemala, de manera que éstas logren mejorar la gobernabilidad y la equidad en el sector.”* Igualmente, en un proceso conjunto entre sociedad civil y Estado, se espera contribuir a *“visualizar colectivamente las alternativas futuras, posibles y deseables del desarrollo de la salud y de los servicios de salud para los próximos 15 años”*.

Los resultados de esta primera etapa se materializan en una colección de 9 textos (una síntesis y ocho publicaciones especializadas), que analizan el sistema de salud guatemalteco y sus desafíos desde tres distintas perspectivas: a) investigaciones que analizan el contexto social, económico, político, demográfico y epidemiológico donde se desarrolla el sistema de salud y al que éste responde; b) investigaciones relacionadas con las dinámicas de la estructura, funcionamiento y desempeño del sistema de salud; y c) investigaciones que indagan en las valoraciones, visiones e imaginarios sociales que subyacen en el sistema de salud de Guatemala.

El estudio que se presenta en esta ocasión corresponde a este último grupo. Con el título de *“¿Quién es quién? El hoy y el mañana de los actores de salud”*, el investigador guatemalteco Francisco Jiménez explora el mundo del ¿quién es quién? institucional en Guatemala.

Tomando al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con “eje concéntrico” del sistema de salud, el autor explora el papel que juegan las distintas instituciones que gravitan a su alrededor en los procesos que llevan, finalmente, a las decisiones sobre política pública. Los distintos actores se identificaron en función de: su capacidad de generar opinión pública; su capacidad de movilización de incidir en la formulación de políticas sectoriales. Al conjunto identificado se le aplicó posteriormente una serie de criterios para establecer el peso y orientación de su influencia sobre el Ministerio de Salud.

La otra dimensión que comprende este estudio es la identificación de visiones a futuro sobre el sistema de salud por parte de los actores sociales. Nuevamente, con base en una serie de criterios previamente establecidos, se indagó con los actores acerca de cómo debiera plantearse un sistema de salud para Guatemala. El examen de los resultados permitió formular cinco visiones tipo y ubicar a los actores institucionales y sus perspectivas de futuro.

Los resultados de esta investigación revelan dimensiones poco abordadas en el campo de la investigación en salud en Guatemala pero esenciales para comprender el funcionamiento real del sector y las posibilidades de cambio. Por esta misma razón, es de vital importancia que tengan una amplia difusión y debate, pues contribuyen a comprendernos mejor como sociedad y a imaginar alternativas que respondan mejor a la necesidad de construir un sistema de salud incluyente y sostenible, que atienda efectivamente la enfermedad, sin olvidar que, ante todo, debiera contribuir

a la realización de vidas más prolongadas y saludables.

El estudio elaborado por Francisco Jiménez, al igual que los otros que comprenden la colección *El sistema de salud en Guatemala ¿hacia dónde vamos?*, constituye un valioso instrumento para el debate y la reflexión, para la necesaria discusión social que debiera darse previo a la toma de decisiones que, por su carácter y envergadura, puedan nuevamente comprometer la salud y el bienestar de las generaciones presentes y futuras del país.

De sabios es equivocarse, pues de errores y éxitos es que aprendemos. Pero, repetir los errores sólo por no tomarnos el tiempo de reflexionar y dialogar es un lujo que, como sociedad, ya no podemos darnos. Éticamente, es imperdonable; técnicamente es absurdo, tomando en cuenta el caudal de conocimiento y experiencia nacional y mundial existente; y financieramente, es insostenible. Ciertamente, el conocimiento jamás deberá sustituir a la política, pero si van de la mano pueden producir mejores alternativas de desarrollo para la sociedad.

A todas las instituciones que conformaron esta iniciativa, nuestro más profundo agradecimiento por su interés y confianza en la realización de un esfuerzo que resultó más arduo y complejo que lo originalmente imaginado. Confiamos que sea la chispa que prende la llama de la creatividad y el compromiso con el cambio a favor de “más y mejor vida para todos” en el ámbito de la política de salud guatemalteca.



Beat Rohr

Coordinador Residente

Sistema de Naciones Unidas en Guatemala

Representante Residente Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo



Prólogo



¿Existe una visión homogénea de lo que debe ser el sistema de salud de Guatemala?

Evidentemente no la hay. Sin embargo, es necesario que esta percepción general acerca de la diversidad de visiones de la salud se sustente en un análisis sosegado de los discursos y posiciones de quienes conforman esas instituciones.

Por otro lado, aunque la rectoría de la salud está legalmente en manos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ésta no se ejerce de forma totalmente autónoma. Existiendo otros actores en el sector que, en cierto momento, despliegan su poder de decisión y acción y con ello contribuyen a modelar el ejercicio de rectoría Ministerial.

Estas son las razones que motivaron la realización del estudio “*¿Quién es quién? El hoy y el mañana de los actores de salud*” a cargo de Francisco Jiménez. El autor define al sector salud como “El conjunto de organismos e instituciones, públicas, autónomas, semi-autónomas, municipalidades, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias que desarrollan actividades para la mejora de la salud de la población” lo que evidentemente incluye a un espectro

bastante grande de instituciones que, por lo mismo, ejercen diversas influencias en la toma de decisiones y tienen visiones heterogéneas.

El mapa resultante ubica a los actores identificados en su relación con el Ministerio de Salud Pública a partir de ciertos criterios: su grado de autonomía, funciones que realiza, sector a que pertenece, orientación, nivel de importancia, interconexiones y su característica de ser un actor primario o secundario con respecto a la toma de decisiones. En el mapeo de actores en salud, después de un proceso participativo, se identificaron 37 actores presentes e importantes en la toma de decisiones y que han influido al sistema de salud en los últimos diez años hasta la actualidad.

Se diferenciaron aquellos que ejercen una influencia constante sobre la toma de decisiones, aquellos que son externos al Ministerio pero que son influencias reales en el sector que constituyen además, parte de la institucionalidad del Estado. Los demás actores se clasificaron en siete subsectores, en donde se integran las agencias de cooperación, las entidades privadas lucrativas y no lucrativas, las municipalidades en sí mismas, universidades y el Instituto Guatemalteco del Seguro Social.



Por la forma de aproximarse a su objeto de estudio –el poder detrás de la toma de decisiones en salud por parte del ente rector– ofrece una lectura renovada de lo que frecuentemente se describe como “falta de liderazgo o de ejercicio pleno de rectoría” en el sector salud, en realidad es efecto de un entramado de relaciones y dinámicas interinstitucionales que en el proceso, debilitan o fortalecen –según el caso– las capacidades del Ministerio de Salud de cumplir con dicha responsabilidad constitucional.

La otra dimensión del análisis realizado por Jiménez, el planteamiento de visiones, permitió construir con base en una serie de entrevistas a actores e informantes clave, un espectro de interpretaciones a futuro acerca de lo que debiera ser el sector salud en Guatemala. Los ejes analíticos que permitieron construir el espectro de visiones, incluyen variables como: actores necesarios en el sector; objetivos del sistema de salud y sus roles; financiamiento y composición del sector público de salud.

A futuro, este mapeo de actores permite evidenciar dónde y con quiénes se realizan los procesos de toma de decisión. Reconocer que ésta no está en manos de los técnicos del Ministerio de Salud y que, es más bien la capacidad de acción política del despacho frente a otras instancias, la que debe ser fortalecida, para canalizar a su favor y no simplemente responder a los intereses de quienes pueden tener influencia en él. Por otro lado, es evidente en el mapeo que los grupos de la sociedad civil no tienen influencia en la toma de decisiones del sector.

De allí que el estudio aportado por Francisco Jiménez a la colección *El sistema de salud en Guatemala: ¿hacia dónde vamos?* tenga tan alta importancia a la hora de provocar el diálogo social sobre el futuro de la salud en Guatemala. Por ello, agradecemos al autor, así como al equipo de estudiantes universitarios de la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de San Carlos de Guatemala que contribuyeron en la realización de las entrevistas y análisis de los datos.

La Coordinación



Introducción



El proyecto de investigación “La construcción social del futuro de la salud en Guatemala” se formula como un proceso por etapas, en donde los resultados de cada fase se utilizan en la siguiente como insumos. En esta línea de trabajo, el objetivo general del proyecto: contribuir al proceso de formulación de políticas, planes y acciones de salud en Guatemala, se posibilita a través de la generación de estudios que permiten visualizar alternativas futuras, posibles y deseables para país en los próximos 15 años.

El proyecto desea construir una base técnica sobre la cual se fundamenten debates y propuestas provenientes de diferentes actores políticos y sociales del sector salud. Por esto, resulta indispensable identificar y conocer a los actores a quienes servirá la información generada y en particular, tener una mayor comprensión de la posición de cada uno de ellos, tanto en la dimensión de lo político, como en su manera de ver el futuro.

El presente documento es un informe que da cuenta de dos procesos. El primero fue un ejercicio conocido como “mapeo de gabinete”, en el que un grupo de expertos sobre el sistema de salud guatemalteco construyó una lista de algunos de los actores más relevantes en la toma de decisiones, ubicados alrededor de un

eje concéntrico: el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. A partir de este listado y de ciertos criterios definidos para caracterizarlos, se presentan gráficas, mapas y análisis que permiten comprender mejor la dinámica de toma de decisiones que ocurre en el sector.

El segundo proceso, es una aproximación a las visiones que tienen algunos actores sobre el futuro del sistema de salud de Guatemala. Para esta aproximación se indagó – mediante entrevistas – las propuestas y aspiraciones de 37 actores (diferentes algunos de los identificados en el mapeo de gabinete). A partir de las variables consultas y las respuestas ofrecidas, fue posible construir un espectro de visiones.



Reseña conceptual y metodológica



Mapeo de gabinete

A partir de la selección y revisión de documentos sobre sistemas de salud, se elaboró un marco conceptual orientado a entender la respuesta social organizada en torno al tema de salud de Guatemala, como un sector con relaciones sistémicas. El sector salud se definió como el conjunto de organismos e instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, autónomas, semiautónomas, municipalidades, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias que desarrollan actividades para la mejora de la salud de la población.

Considerando lo anterior, se decidió que para realizar un mapeo de actores era necesario ubicar al MSPAS como eje concéntrico, alrededor del cual se ubicaría a los actores, con base en criterios previamente definidos (ver Anexo A). Se realizó una convocatoria de expertos en el sistema de salud guatemalteco a participar en dos talleres de trabajo, en los que se creó una lista de instituciones, sectores y organizaciones involucradas en el tema salud. Partiendo de esa amplia lista inicial, se realizó una segunda, limitada a aquellos actores considerados “imprescindibles” en la toma de decisiones del sector.

Los criterios para la selección de los actores “imprescindibles” fueron: a) su capacidad de generar opinión pública, b) su capacidad de movilización, c) y la capacidad de generar propuestas, considerando su incidencia en la formulación de políticas nacionales para el sector. Posteriormente, se discutieron las características de estos actores con base en: a) subsector al que pertenece, b) funciones que cumple, c) nivel de autonomía, d) orientación, e) nivel de importancia, f) interconexiones, g) actor primario / secundario (ver Anexo A). El resultado de esa clasificación fue incorporado en una matriz, que permitió un mejor procesamiento de la información generada en los talleres, para luego complementarla con entrevistas individuales realizadas a otros expertos del sistema de salud.

Con lo anterior, se creó un mapa que permite ilustrar gráficamente la ubicación de los actores respecto a la toma de decisiones en el sector salud, que se presenta en el apartado respectivo de resultados.

Aproximación a las visiones de los actores

El estudio de la aproximación a la visión de los actores, parte del mapeo de actores políticos del sector salud. Con un acercamiento teórico y metodológico distinto al mapeo en sí





mismo, dicho estudio dio como resultado una indicación del espectro del imaginario por los actores, como una expresión aproximada de lo que ellos proyectan dentro del marco formal de lo que se entiende por sistema de salud.

Este imaginario formula un perfil del futuro de lo puede ser un sistema de salud e identifica los aspectos que se deben tomar en cuenta como parte indispensable para el proceso de construcción social de ese futuro. Además, permite conocer el enfoque conceptual, político, económico, técnico y operativo posible, donde los actores se pueden situar en su visión de futuro; y conocer, mediante el análisis de sus visiones, cuál es la información que se necesita para profundizar en las consecuencias y oportunidades de cada una de ellas.

Cuando hablamos de “visión”, para hacer referencia a un horizonte de concepciones sobre un aspecto de la realidad, en particular cuando ésta se refiere a la vida social, es importante que situemos la demarcación conceptual que nos permite su uso.

De acuerdo al diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la palabra “visión” se refiere a “la acción y efecto de ver”. Esto es una contemplación inmediata y directa, sin percepción sensible, por lo tanto se constituye en un punto de vista particular sobre un tema, asunto, etc. que además construye un “objeto de vista”; es un conocimiento claro e inmediato, sin un procedimiento específico para verificarlo.

El uso del término “visión” está orientado comúnmente en función de tener una referencia compresiva de nuestro entorno. Como tal es una construcción consciente, pero que no resulta necesariamente de un proceso sistemático en la obtención de la información específica de sus componentes, sino a partir nuestra propia experiencia cotidiana y el conocimiento de un ámbito de la realidad.

Bajo esta indicación conceptual, se identifican las siguientes características de la visión:

- Es una representación mental
- Sirve como inspiración y proporciona un sentido de lo que necesita hacerse
- Como idea orientadora, la visión tiende a ser más una especie de imagen que un plan completamente articulado
- Permite conservar mayor flexibilidad, es premeditada en sus rasgos generales y su sentido de orientación. La visión es emergente en sus detalles, de modo que los mismos puedan ser adaptados sobre la marcha
- Comúnmente es una imagen mental de un estado futuro posible y deseable para quién la formula
- No es un modelo ni un paradigma
- Puede ser tan vaga como un sueño o tan precisa como una declaración de objetivo o de misión
- Como objetivo, la visión atrae, se refiere a un estado futuro, a una condición que no ha existido en el pasado ni existe en el presente
- Con ella se establece el puente principal que va del presente al futuro
- Opera sobre los valores, compromisos y aspiraciones de quien la formula
- La visión se construye con una variedad de imágenes, señales, pronósticos y alternativas; un futuro posible que es simple, fácilmente comprensible, deseable y vigorizante
- Es una estructura que da significado y sentido a la realidad que ve.

Al dar inspiración y proporcionar sentido, y con ello expresar una imagen mental de un estado futuro posible y deseable para quien la formula, las visiones pueden formularse desde las siguientes perspectivas:

- La visión como un ver hacia delante, constituye un horizonte de comprensión de lo que se desea.

- La visión como un ver hacia atrás constituye un horizonte de comprensión de lo que se es hoy y su vinculación con el pasado.
- La visión como un ver desde arriba, como una imagen integral, constituye un horizonte de comprensión de la totalidad a partir de la dinámica generada por los componentes globales.
- La visión como un ver desde abajo, como una imagen desde lo específico, constituye un horizonte de comprensión de la totalidad a partir de la dinámica generada por sus componentes.

Como parte del proceso para el mapeo político de los actores del sector salud, el reconocimiento de las visiones presentes en cada uno de ellos, permite identificar a quiénes debemos convocar. Dicho reconocimiento se llevó a cabo bajo los siguientes aspectos metodológicos:

1. Para determinar las visiones existentes, se realizó una entrevista con una muestra de treinta y dos actores seleccionados a partir de los resultados obtenidos en el mapeo de gabinete.
2. Estos actores, si bien pertenecen a diversas instituciones, no son “representativos” de una postura institucional necesariamente. Sin embargo, contribuyen con sus visiones a “formar opinión” acerca de lo que es posible imaginar para el sector salud.
3. El criterio de ordenamiento de los actores fue a través de los subsectores definidos en el mapeo de gabinete.
4. Se formularon seis variables generales que permitieran la orientación de la visión y determinaron las preguntas realizadas en la entrevista:
 - a. Aspectos de la visión del sistema de salud
 - b. Actores indispensables en el sistema de salud
 - c. Objetivo del sistema de salud
 - d. Rol de los sectores de acuerdo al objetivo del sistema de salud formulado
 - e. Financiamiento del sistema de salud
 - f. Concepción del sector público en el sistema de salud.
5. La variable de la visión del sistema a futuro considera los componentes de la estructura del sistema de salud.
6. La variable de los actores indispensables consideró los siguientes aspectos:
 - a. Los actores que deben ser parte del sistema de salud
 - b. Los actores esenciales
 - c. Los actores secundarios.
7. La variable sobre el rol consideró los aspectos de:
 - a. Rol del sector privado no lucrativo, que a su vez se enfocó en:
 - i. ONG’s
 - ii. Organizaciones comunitarias
 - iii. Organizaciones sociales
 - b. Rol del sector privado lucrativo.
 - c. Rol del sector público, que a su vez se enfocó en:
 - i. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
 - ii. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
 - iii. Municipalidades.
 - d. Rol del sector de las agencias internacionales en el sistema de salud de acuerdo a su objetivo, que a su vez se enfocó en:
 - i. Agencias de cooperación
 - ii. Agencias financieras internacionales.
8. La variable sobre el financiamiento se consideró tomando en cuenta las alternativas de:
 - a. Impuestos
 - b. Seguro público
 - c. Seguros privados
 - d. Pago por servicios
 - e. Otros.



9. La variable de la concepción del sector público en el sistema de salud se concentró en establecer si el entrevistado –como visión a futuro– tiende a un modelo centralizado o a uno participativo.

Estas variables se determinaron a partir de los factores que definieron el concepto de sistema de salud, considerando aquellos elementos que muestran en una construcción de conjunto, una visión.



Mapeo político de los actores de la salud



Resultados

Actores identificados

Durante el proceso de mapeo de gabinete, los(as) expertos(as) participantes construyeron un listado de 37 actores, incluido el Ministerio de Salud como eje concéntrico en la toma de decisiones del sistema de salud de Guatemala. Los actores de esta lista emergieron al ser considerados como presentes e importantes en la toma de decisiones de los últimos diez años y que siguen influyendo en la actualidad.

La lista resultante del mapeo de gabinete es la siguiente:

Actores políticos:

1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) –eje concéntrico-
2. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
3. Presidencia de la República
4. Secretaría de Planificación y Programación (SEGEPLAN)
5. Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP)
6. Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia (SCEP)
7. Ministerio de Finanzas (MINFIN)
8. Organismo Legislativo
9. Comisión de Salud y Asistencia Social, Congreso de la República
10. Comisión de Previsión y Seguridad Social, Congreso de la República
11. Comisión de Finanzas Públicas y Moneda, Congreso de la República
12. Instituto de Fomento Municipal (INFOM)
13. Asociación Nacional de Municipalidades de la República de Guatemala (ANAM)
14. Municipalidades
15. Procurador de los Derechos Humanos (PDH)
16. Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
17. Banco Mundial (BM)
18. Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID)
19. Organización Panamericana de la Salud (OPS)
20. Sistema de Naciones Unidas (SNU)
21. Unión Europea (UE)
22. Industria farmacéutica
23. Fundaciones de salud privadas no lucrativas
24. Asociaciones de hospitales y servicios médicos privados
25. Empresas privadas de aseguramiento y planes de salud
26. Industria de tecnología médica
27. Comité Coordinador de Asociaciones Agrícolas, Comerciales, Industriales y Financieras



28. Empresas de consultoría
29. Universidades
30. Comisión interinstitucional de acciones conjuntas en el sector académico y sector salud
31. Sindicatos de trabajadores de salud
32. Coalición de organizaciones de salud de las mujeres
33. Instancia Nacional de Salud
34. Organizaciones no gubernamentales internacionales
35. Iglesia Católica
36. Asociaciones de usuarios
37. Medios de comunicación.

En las entrevistas individuales se hicieron observaciones sobre tres actores considerados determinantes y que no se habían indicado con precisión en el taller: la diferenciación entre las farmacéuticas nacionales y las transnacionales, además de los sindicatos de trabajadores de salud.

Subsector al que pertenece

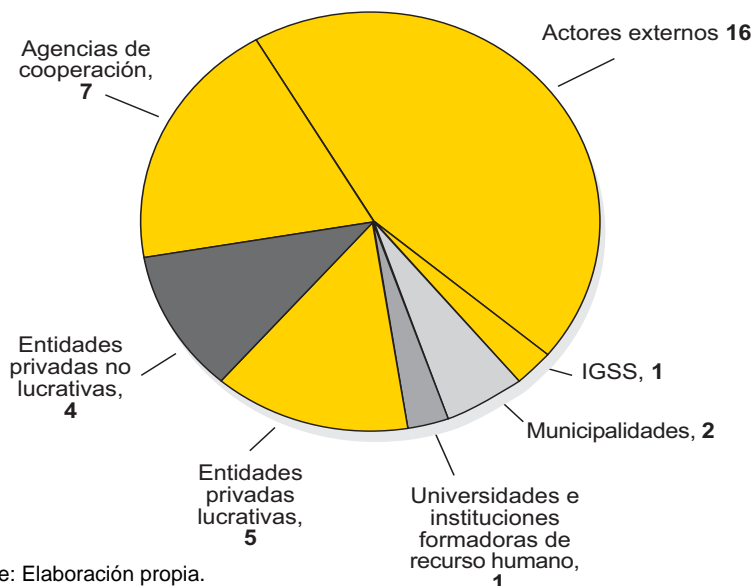
La mayoría de los actores identificados fueron considerados como externos a los subsectores

establecidos formalmente como parte del sistema de salud. Ellos fueron:

- Presidencia de la República
- Secretaría de Planificación y Programación
- Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente
- Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia
- Ministerio de Finanzas
- Organismo Legislativo
- Comisión Legislativa de Salud y Asistencia Social
- Comisión Legislativa de Previsión y Seguridad Social
- Comisión Legislativa de Finanzas Públicas y Moneda
- Instituto de Fomento Municipal
- Procurador de Derechos Humanos.

El resto de los actores se distribuyó entre los siete subsectores formalmente establecidos. Lo anterior muestra que la dinámica de la toma de decisiones está determinada en gran medida por actores externos al sector mismo, pero que aún así forman parte de la institucionalidad del Estado (ver Gráfica No. 1).

Gráfica No. 1
Subsector al que pertenecen los actores



Fuente: Elaboración propia.



Funciones que cumplen los actores

En cuanto a la función de rectoría, existen dos actores externos al sector que juegan un rol determinante de hecho; estos son el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial. Por su parte, el IGSS se observó como un actor que si bien no ejerce un rol específico en la rectoría, juega un papel indirecto considerable.

La posibilidad de algunos actores de ejercer la función de rectoría, aún sea de manera no formal, está determinada en gran medida por el aspecto financiero. En cuanto a la función de financiamiento, se notó el papel predominante

de actores de comunidad internacional y los vinculados a ella, que ejercen el papel de ejecutores.

No existe una vinculación necesaria entre la naturaleza institucional de los actores y las funciones que asumen en el sector salud, lo cual demuestra una debilidad institucional, que se manifiesta en los límites con que se asumen los roles específicos que las funciones asignan (ver Cuadro No. 1). Esto se evidencia particularmente en el tema de la rectoría, que formalmente es una función exclusiva del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, pero que en la práctica la asumen otros actores.

Cuadro No. 1
Funciones y actores

Rectoría	Financiamiento	Administración	Prestación de servicios	Generación de recursos	Otras
-IGSS (por influencia) -SCEP -MINFIN -Organismo Legislativo -Comisión de Salud y Asistencia Social (Congreso) -Comisión de Previsión y Seguridad Social (Congreso) -Comisión de Finanzas Públicas y Moneda -INFOM -ANAM -Municipalidades -BID -BM -Asociaciones de hospitales y servicios médicos privados	-IGSS -SOSEP -MINFIN -INFOM Municipalidades -BID -BM -AID -OPS -SNU -UE -INS	-IGSS -Municipalidades -Fundaciones de salud privadas no lucrativas -Asociaciones de hospitales y servicios médicos privados -Empresas privadas de aseguramiento y planes de salud -INS -ONG's internacionales -Iglesia católica	-IGSS -SOSEP -Municipalidades -Fundaciones de salud privadas no lucrativas -Asociaciones de hospitales y servicios médicos privados -Universidades -INS -ONG's internacionales -Iglesia católica	-IGSS -Municipalidades -BID -BM -AID -OPS -SNU -UE -Industria farmacéutica -Asociaciones de hospitales y servicios médicos privados -Empresas privadas de aseguramiento y planes de salud Industria de tecnología médica Empresas de consultoría Universidades Comisión interinstitucional de acciones conjuntas en el sector académico y sector salud -Sindicatos de trabajadores de salud -Coalición de organizaciones de salud de las mujeres -Instancia Nacional de Salud -ONG's internacionales -Iglesia católica	-Presidencia de la República -SEGEPLAN -PDH -CACIF -Asociaciones de usuarios -Medios de comunicación

Fuente: Elaboración propia.



Autonomía respecto del sistema

De los actores considerados en el estudio, la gran mayoría tiene un alto nivel de autonomía con respecto al eje concéntrico (MSPAS). De hecho, no se logró identificar actores con un nivel bajo de autonomía, que tuvieran una relación total de dependencia.

Los actores que sostienen un nivel relativo de autonomía son:

- Fundaciones de salud privadas no lucrativas
- Empresas de consultoría
- Comisión interinstitucional de acciones conjuntas en el sector académico y sector salud
- Instancia nacional de salud
- Asociaciones de hospitales y servicios médicos privados
- Organizaciones no gubernamentales internacionales.

La mayoría de los actores identificados tiene una posición alta de autonomía. Esto significa que la dinámica en el mapa se da en términos de una vinculación que va más allá de los propósitos del eje concéntrico.

Orientación interna o externa al sistema

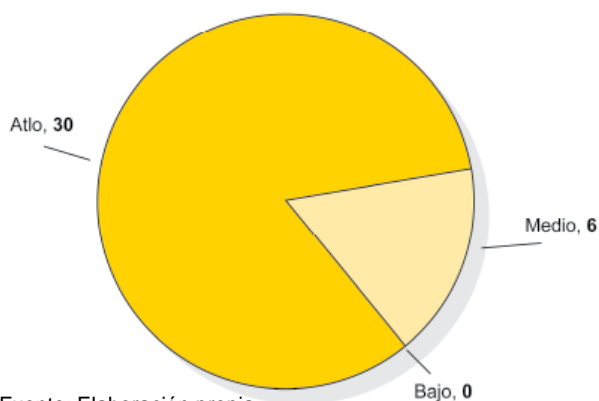
Existe un equilibrio entre los actores que tienden a fortalecer o a debilitar el eje concéntrico, lo que implica que las condiciones son favorables para el fortalecimiento del rol del MSPAS.

Por otra parte, se identificó a cuatro actores que asumen una orientación coyuntural.

Finalmente, las comisiones parlamentarias relacionadas con el tema de salud y el organismo legislativo en su conjunto, tienen una posición que varía dependiendo del tema y de las circunstancias.

Gráfica No. 2

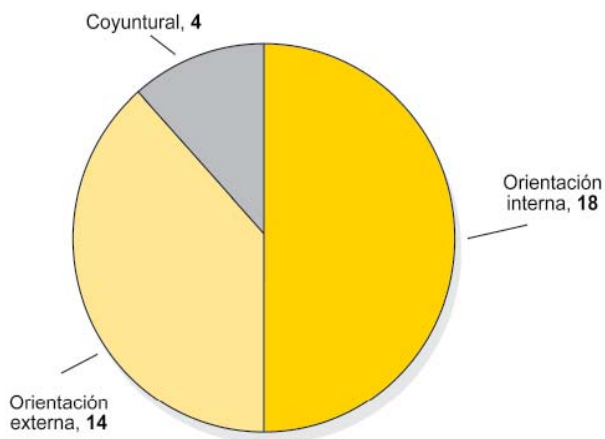
Nivel de autonomía de los actores respecto del sistema



Fuente: Elaboración propia.

Gráfica No. 3

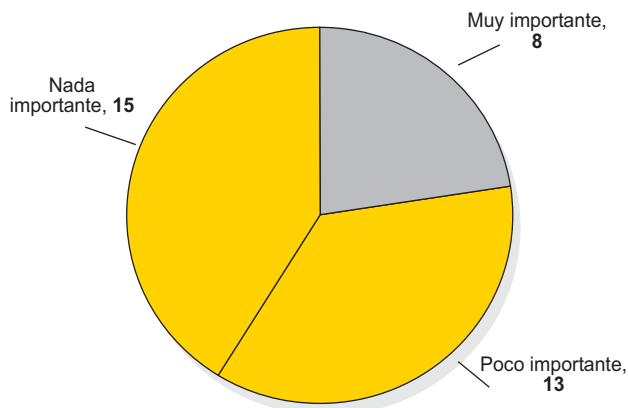
Orientación al sistema de los actores



Fuente: Elaboración propia.

Gráfica No. 4

Nivel de importancia del actor respecto al sistema



Fuente: Elaboración propia.



Nivel de importancia respecto al sistema

Los actores determinantes para el sector, y que tienen una importancia fundamental al momento de la toma de decisiones, son 6 instituciones del Estado y dos agencias financieras internacionales:

- Instituto de Seguridad Social de Guatemala.
- Presidencia de la República.
- Ministerio de Finanzas.
- Organismo Legislativo.
- Comisión Legislativa de Finanzas y Moneda.
- Banco Interamericano de Desarrollo.
- Banco Mundial.

Esto hace que la incidencia en la toma de decisiones se diversifique entre el eje concéntrico y el resto de las instituciones.

Actor primario / Actor secundario

El mapeo determinó que tan sólo 8 actores son los que tienen un carácter primario para la toma de decisiones, el resto juega un papel secundario. Los primeros son:

- Presidencia de la República
- Ministerio de Finanzas (MINFIN)
- Organismo Legislativo
- Comisión de Salud y Asistencia Social
- Comisión de Previsión y Seguridad Social
- Comisión de Finanzas Públicas y Moneda
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
- Banco Mundial (BM).

Lo anterior permite determinar que sólo puede comprenderse la dinámica de la toma de decisiones conjugando el resto de los indicadores.

Mapa de actores, en relación al eje concéntrico

El universo de toma de decisiones está determinado por la estructura formal que regula, en un plano normativo, las relaciones entre

las instituciones identificadas como parte del sector salud. Esto implica el modo como los actores se organizan en torno al eje concéntrico, identificado por el tipo de relaciones que se establecen en función de la cercanía o lejanía de ese centro y de bajo qué criterios se ubican en el mapa.

Para disponer a los actores en relación al eje concéntrico, se han establecido como parámetros los indicadores de autonomía, de importancia y de orientación en el fortalecimiento o debilitamiento del eje concéntrico.² Conjugando estas variables se obtiene la posición de los actores en el universo de la toma de decisiones del sector salud.

El mapa es la extensión visual del sector salud, donde el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el centro. Los actores se ubican así:

- Nivel alto de autonomía respecto al eje concéntrico, ocupan la superficie del cuadrante izquierdo.
- El nivel medio de autonomía respecto al eje concéntrico, se ubica en la extensión del cuadrante derecho.
- La orientación hacia el fortalecimiento del eje concéntrico lo ocupa el cuadrante superior.
- Y la orientación hacia el debilitamiento del eje concéntrico es el cuadrante inferior.

El área del mapa está dividida además, por tres rectángulos que permiten la distribución de los actores por:

- Nivel de mucha importancia respecto de la existencia del sector salud: rectángulo interno.
- Nivel de poca importancia: rectángulo intermedio.
- Nivel de ninguna importancia: rectángulo externo.

² Los indicadores se detallan en el anexo de la matriz de actores y su visualización de las gráficas correspondientes.



Cuadro No. 2

Actores, actores considerados y actores no considerados en el análisis

	Actores considerados en el análisis	Actores no considerados en el análisis
Unión Europea (UE)	INS SCEP ANAM MSPAS	PRRAC salud / Secretaría de la Presidencia de la Mujer
Industria farmacéutica	MSPAS OPS/OMS	ACAM / UNICEF
Fundaciones de salud privadas no lucrativas	MSPAS CACIF	Hospitales Nacionales
Asociaciones de hospitales y servicios médicos privados		Colegio de médicos
Empresas privadas de aseguramiento y planes de salud	IGSS CACIF	
Industria de tecnología médica		Hospitales Nacionales
CACIF		CIEN
Empresas de consultoría	BID BM	Cooperación internacional
Universidades	OPS/OMS INS	UNICEF
Comisión Interinstitucional de acciones conjuntas en el sector académico y sector salud	IGSS	INS / Calidad en salud
Sindicatos de trabajadores de salud		Otros sindicatos / ONG'S
Coalición de organizaciones de salud de las mujeres		Cooperación internacional
Instancia Nacional de Salud	MSPAS Universidades UE Iglesia Católica	ACAM / CONGECOP
ONG internacionales	OPS/OMS	ACAM / UNICEF
Iglesia Católica	INS	ONG'S
Asociaciones de usuarios	ONG internacionales	ACAM / ONG'S
Medios de comunicación		



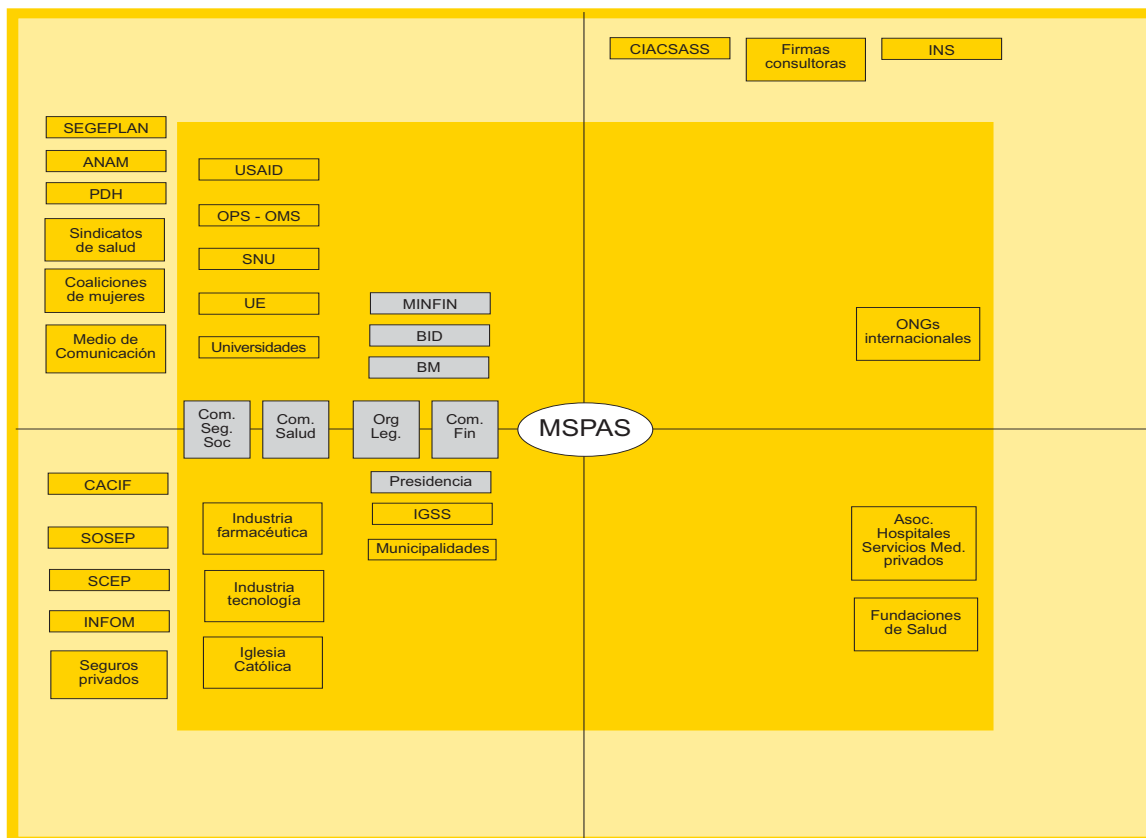
	Actores considerados en el análisis	Actores no considerados en el análisis
MSPAS		
IGSS	Industria farmacéutica	UNAERC / Hospitales departamentales
Presidencia de la República	SEGEPLAN SOSEP SCEP MINFIN Organismo Legislativo INFOM Municipalidades PDH	Gabinete Social / Secretarías de la Presidencia / Filiaciones partidarias / Filiaciones personales
SEGEPLAN		Guate Solidaria / Gabinete Social / Cooperación externa
SOSEP		Cooperación internacional / UCPP
SCEP	ANAM	
MINFIN	Presidencia de la República	
Organismo Legislativo	Comisión Legislativa de Salud y Asistencia Social. Comisión Legislativa de Previsión y Seguridad Social. Comisión Legislativa de Finanzas y Moneda.	Comisiones legislativas
Comisión de Salud y Asistencia Social	Industria Farmacéutica	Asesores del Congreso
Comisión de Previsión y Seguridad Social	Industria Farmacéutica	Asesores del Congreso
Comisión de Finanzas Públicas y Moneda	MINFIN, a través de la Dirección Técnica del Presupuesto.	
INFOM	SCEP. Municipalidades.	Cooperación internacional.
ANAM	SCEP. INFOM.	Cooperación internacional.
Municipalidades	ANAM. INFOM.	COMUDES / Cooperación internacional
PDH	Medios de comunicación.	
BID	MSPAS, a través de UCPP y PMSS2. SNU. OPS/OMS.	
BM	MSPAS a través de UCPP- Proyecto Salud Nutrición BID SNU AID OPS/OMS	
AID	OPS/OMS BID BM SNU	Embajada de Estados Unidos. APROFAM
OPS/OMS	BID BM SNU AID	Embajadas
Sistema de Naciones Unidas (SNU)	BID BM AID UE MSPAS	Embajadas



Para una mejor identificación de los actores, se les muestra como actores primarios o secundarios, de la siguiente forma:

Gráfica No. 5

Mapa político de los actores de la salud en Guatemala



Fuente: Elaboración propia.

Análisis y conclusiones

1. De los actores que toma en cuenta el eje concéntrico para la toma de decisiones, se identifica a la Presidencia de la República como uno de los que se orientan a debilitarlo. Si bien ella es un actor determinante para la existencia del propio universo decisional del sector salud, a través de programas específicos vinculados en algunas de sus secretarías, tiende a operar sin la rectoría explícita del MSPAS.
2. Esto muestra que la fragmentación del sistema podría permitir la introducción de nuevos factores, lo que haría que el

abordaje de la salud desde el Estado se realice desde varios enfoques de gestión, que no necesariamente tienden a fortalecer la perspectiva de salud pública.

3. Desde la perspectiva del Estado, los actores primarios que se orientan a fortalecer el eje concéntrico están vinculados al tema financiero.
4. Dos actores internacionales primarios, BID y Banco Mundial, determinantes en la existencia del sector salud, se orientan a fortalecer el rol del MSPAS como eje concéntrico. Esto se da en el contexto del financiamiento que otorgan y que les permite jugar un papel fundamental para



el sector. Si bien estos actores formalmente no determinan líneas de acción, en los términos del financiamiento se ponen atención a ciertas variables que en la práctica se constituyen en puntos de agenda de la gestión pública de la salud.

5. Dos actores secundarios para la toma de decisiones, pero con mucha importancia, son el IGSS y las municipalidades, quienes se orientan a debilitar el eje concéntrico. Esto resulta en términos formales de su estatus de autonomía, que les permite una vinculación de pares con el MSPAS.
6. Existe distinción entre el Congreso en su conjunto como actor y sus comisiones específicas. Esto es debido a la dinámica propia de la actividad parlamentaria, donde gran parte de las decisiones se originan en la discusión en las comisiones.
7. Los actores del Congreso manejan su relación con el eje concéntrico de manera coyuntural, resultado del interés que muestre cada bloque parlamentario o de diputados en ciertos temas específicos y las posiciones que hay al respecto de cada uno. No puede identificarse con precisión las tendencias generales por bloque parlamentario sobre el tema salud.
8. Como actores en el Congreso, las comisiones legislativas de salud y asistencia social y de previsión y seguridad social, son actores que con su ausencia provocan en el sector salud la falta o debilitamiento de sus funciones, sin que por ello el sector en su conjunto esté en riesgo.
9. De las tres comisiones definidas como actores primarios, la Comisión de Finanzas y Moneda resulta determinante por el nivel de cercanía al eje concéntrico. Es en esta comisión donde se discute el tema del presupuesto.
10. Las ONG's no son un factor de importancia. Éstas tienen a responder a la dinámica de

la toma de decisiones, por lo que su rol es de ejecutoras.

A partir de la observación del mapa según el criterio de los indicadores enunciados y una descripción del posicionamiento de los actores, se pueden hacer una serie de afirmaciones. El análisis realizado de esta manera es, finalmente, una de muchas posibles formas de elaborar una interpretación del mapa de actores, en particular si se contextualiza con otras variables.

Tomando en cuenta lo dicho en el párrafo de aproximación al entorno -en cuanto a los modelos de gestión de lo político- podemos afirmar que de acuerdo al mapa, el modelo de gestión del sector salud tiende a ser un modelo cerrado.

La dinámica de la toma de decisiones tiene al MSPAS como su eje fundamental, las autoridades políticas ejercen su autoridad a través de éste, pero con una tendencia a no considerar los espacios externos al espacio de decisión.

Lo anterior se evidencia en la ausencia en los niveles de importancia de las expresiones ciudadanas, lo que indica que la toma de decisiones está concentrada en la dimensión de la institucionalidad del Estado.

Paradójicamente, se expresa una tendencia al debilitamiento del eje concéntrico. Si bien en el mapa se visualiza un equilibrio entre quienes lo fortalecen y debilitan, algunos actores determinantes para el sector y el propio eje -como la Presidencia, el IGSS y las municipalidades- lo debilitan; lo que muestra una tendencia fuerte a que el sector siga fragmentado.

Por otro lado, los actores que tienden a favorecer al eje concéntrico lo hacen desde la perspectiva de la cooperación externa. El



estrecho vínculo entre el financiamiento de programas específicos por parte de agencias internacionales y la dinámica de la toma de decisiones, pareciera indicar que el sector fortalece al MSPAS por razones coyunturales y no estratégicas.

Lo anterior genera un comportamiento institucional y sectorial –no necesariamente explícito– que ajusta la agenda de la gestión pública de la salud, de acuerdo a perspectivas determinadas por agentes externos. Esto podría explicar el comportamiento cerrado del sector. Las decisiones se originan de manera centralizada, en un espacio que permite la ejecución y la aplicación de programas de acuerdo con los intereses de los actores que influyen en el eje concéntrico.

Por ello, la incidencia de otros actores se mediatiza por la medida en que puedan actuar a través de aquellos con posibilidad de influir directamente en el eje concéntrico. Esto genera un énfasis en los factores medios del sector y un desarrollo burocrático cercano al eje concéntrico, que permite la gestión para la ejecución de programas.

1. Los actores que se posicionan en el cuadrante superior izquierdo son potenciales aliados del proyecto de rectoría por parte del MSPAS.
2. Los actores ubicados en el rectángulo interno del cuadrante superior izquierdo, son aliados en cuanto a establecer el rol de rectoría del MSPAS como mecanismo de ejecución presupuestaria y de control financiero.
3. Para los actores ubicados en el rectángulo intermedio y externo del cuadrante superior izquierdo, debe elaborarse una estrategia de acercamiento en términos de aclarar de qué manera los resultados del proyecto fortalecen al sector y cómo existe un espacio de participación activa.

4. Los actores ubicados en el rectángulo interno del cuadrante inferior izquierdo, son actores que participarán en la medida que se permita un espacio de expresión de su propia visión, donde ella quede plasmada en el resultado final.
5. Para los actores ubicados en el rectángulo intermedio y externo del cuadrante inferior izquierdo, se debe establecer una estrategia de acercamiento de información que impida se constituyan en contrarios.
6. Los actores del cuadrante inferior derecho, son aquellos que participarán al notar la actuación del resto de actores. Pues si bien se orientan a un debilitamiento del eje concéntrico, tienen una relación mayor de dependencia del resto.
7. En cuanto a los actores del cuadrante superior derecho, su participación será automática si se les hace ver la importancia de su aporte.

Aproximación a las visiones de futuro de los actores de salud

Presentación y análisis de resultados

De la sistematización de la información obtenida en las entrevistas, pueden aislarse ciertos aspectos relevantes que en la revisión de las visiones aportadas emergen como indicadores recurrentes y que determinan las tendencias para la construcción de las visiones tipo. Su identificación establece los aspectos que en el imaginario de los entrevistados determinan la formulación de su visión de la salud.

1. Actores indispensables.
 - Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
 - Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
 - Las municipalidades
 - Las comunidades



2. El objetivo del sistema de salud se define en términos de los indicadores de:
 - Salud y bienestar
 - Servicios de calidad
 - Cobertura.
3. El sistema de salud identifica su objeto de atención en:
 - La población
 - Las personas
 - Los integrantes de la sociedad
 - Los guatemaltecos.
4. El objetivo del sistema de salud genera:
 - Mejor calidad de vida
 - Condiciones óptimas para el trabajo
 - El ejercicio de un derecho
 - Un cambio en las condiciones de pobreza y exclusión
 - Acceso del 100% de la población a los servicios de salud
 - Cobertura universal.
5. Rol del sector privado no lucrativo de acuerdo al objetivo formulado, las organizaciones no gubernamentales en el sistema de salud como:
 - Prestadoras de servicios
 - Formadoras de recurso humano
 - Ejecutores temporales ante la insuficiencia del sistema público
 - Entidades con un rol puntual y de nivel local.
6. Rol del privado no lucrativo de acuerdo al objetivo formulado, las organizaciones comunitarias como:
 - Auditoría social
 - Vinculación de la población con el sistema de salud
 - Incidencia política
 - Difusión de la prevención
 - Prestación de servicio desde la medicina tradicional (medicina indígena / medicina maya).
7. Rol del sector privado no lucrativo de acuerdo al objetivo formulado, las organizaciones sociales como:
 - Auditoría social
 - Incidencia política
 - Los sindicatos juegan un rol de fortalecimiento del Estado
 - Negociación con el Estado
8. Rol del sector privado lucrativo como:
 - Proveedor de servicios
 - Empleadores
 - Pagador de impuestos
 - No juega un rol en el área rural.
9. Rol del sector público, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el sistema de salud como:
 - Rectoría, no debe realizar la prestación de servicios, estos deben estar en manos de privados
 - Rectoría, los servicios deben ser prestados por el IGSS
 - Rectoría, con prestación de servicios limitada. Los servicios se les deben asignar a las municipalidades.
10. Rol del sector público, el Instituto Guatemalteco de Seguro Social como:
 - Prestador de servicios, bajo la modalidad de subcontratación
 - Integrado al MSPAS y dedicado a la prestación de servicios
 - Prestador de servicios a los afiliados, que deben aumentar.
11. Rol del sector público, las municipalidades como:
 - Saneamiento, de acuerdo a la autoridad sanitaria
 - Proceso de descentralización, responsables de la salud a nivel local
 - No deben asignarse ninguna responsabilidad sobre la salud.



12. Rol de la cooperación internacional:
- Apoyo técnico sin imponer agenda.

13. Rol de las agencias financieras internacionales:
- No deben tener presencia en el país, debe existir autofinanciamiento con recursos nacionales
 - Apoyo financiero, sin ningún tipo de influencia.

14. Financiamiento del sistema:
- Mixto, impuestos y aseguramiento público (IGSS)
 - Mixto, impuesto y pago por servicios
 - Impuesto.

15. Concepción del sector público en el sistema de salud, quiénes deberían participar en la toma de decisiones en el sistema de salud.
- Consejo Nacional de Salud, con un carácter participativo tanto sector privado lucrativo como de la sociedad civil, donde el aspecto de investigación sea determinante
 - Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
 - Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

En un ámbito complejo como el de la salud, tanto las visiones como sus horizontes comprensivos son de un alto nivel de diversificación, producto de las diversas experiencias institucionales y personales. En el caso de una visión de futuro, resulta más complejo, ya que se construyen a partir de tres elementos:

1. Una perspectiva de lo actual, es decir una referencia necesaria a tener el presente como punto de partida.
2. Una perspectiva de cómo el actor experimenta el presente, lo que implica inevitablemente en una aplicación del horizonte

vivencial personal y no necesariamente una postura oficial institucional.

3. Una perspectiva aspiracional que emerge de la formulación del futuro como un horizonte del deber ser.

Por la naturaleza del estudio, en esta etapa es importante la identificación de las tendencias que se manifiestan en esta gama diversificada de visiones sobre el sistema de salud. Para tal efecto se realizó una selección de visiones que –sin agotar la riqueza hallada en cómo los actores visualizan el futuro– define los aspectos que permiten identificar tendencias.

La sistematización de las visiones resultó en la construcción de síntesis que exponen cinco grandes tipos, donde cada uno muestra una tendencia que, si bien pretende incluir los elementos expuestos, deja de lado algunos que no son expresión generalizada en todas las visiones.

Para el reconocimiento de las tendencias se adoptó la imagen del “espectro”: una banda coloreada contendida por un luminoso continuo, con tonalidades de luz que se dan gradualmente. Esta imagen permite visualizar las visiones como un continuo fluido –donde los componentes de cada una pueden coincidir con otra– pero que en su formulación establecen combinaciones que, dependiendo de los énfasis en algunas de las variables, marcan tendencias.

Para lograr establecer el espectro, se delimitaron dos puntos extremos que permiten plantear todas las visiones. Dentro de ellos se dan los límites y las pautas para identificar y clasificar las visiones encontradas en la graduación de la gama expuesta por los entrevistados. Estos extremos se definen como visiones ideales o teóricas, siendo que no existe planteamiento alguno que las formule, y resulta de una consideración conceptual de los posibles sistemas de salud.



-Extremos teóricos

Primer extremo

Un sistema de salud basado en la responsabilidad exclusiva del Estado, con un marco jurídico que le permita lograrlo. Un sistema impositivo eficiente que le dé los recursos para hacerlo y un nivel de participación de la ciudadanía que garantice el ejercicio pleno de la salud.

Segundo extremo

Un sistema de salud donde el Estado funciona eficientemente, en un marco jurídico que lo limita a los aspectos esenciales de la gestión pública, y que recurre a los servicios privados para lograrlo. La dinámica social está determinada por la menor intervención del Estado y un sistema de intercambio sujeto al libre mercado.

-Visiones tipo

Partiendo de los límites establecidos arriba, se elaboran las visiones tipo, clasificadas del primer extremo al segundo. Estas visiones se construyen a partir de las respuestas obtenidas en las entrevistas a los actores e informantes clave respecto a: objetivo del sistema de salud,

rol del Estado dentro del sistema de salud, los roles específicos de subsectores (MSPAS, IGSS, municipalidades, organizaciones sociales, organizaciones comunitarias, cooperación internacional –técnica y financiera-, sector privado lucrativo y sector privado no lucrativo), financiamiento del sistema y en algunos casos, criterios de interculturalidad. Los tipos se describen a continuación:

Tipo A

El sistema de salud se configura con el objetivo de que la población alcance la salud y el bienestar a través del ejercicio del derecho a la salud, donde éste considera - como aspecto fundamental - el respeto a las diferencias culturales y la particularidad regional. El Estado asume un rol determinante, dentro del cual la rectoría y la atención exclusiva de la salud de la población se llevan a cabo a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El IGSS cumple con niveles de atención óptimos a sus afiliados y aumenta su cobertura nacional a todos los trabajadores. Su financiamiento es a través de los impuestos y el seguro público. Las municipalidades y las organizaciones comunitarias juegan el rol determinante al proporcionar los insumos para las políticas de salud. La autonomía municipal se hace efectiva en términos que refleja la perspectiva cultural de su comunidad. La cooperación internacional no impone prioridades ni modelos, sino adecúa su apoyo a los planteamientos de política determinados desde la autoridad responsable de la salud. La dinámica de la toma de decisión en el sistema se caracteriza por ser abierta, con mecanismos de consulta vinculante, que permiten que el Estado tome en cuenta la perspectiva regional y cultural de la población. Aquí las decisiones se toman desde el horizonte del poder local, donde comunidad, ONG's y movimientos sociales juegan un papel de auditoría social.



Tipo B

El sistema de salud se configura con el objetivo de mejorar el nivel de vida de la población en términos de una disminución de los riesgos de la enfermedad. La función de la rectoría recae en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien se ocupa de la regulación y la supervisión. El IGSS cumple con la responsabilidad de la atención al 100% de la población. Los servicios privados están presentes como una alternativa para quienes deseen hacer uso de ellos. El sistema de salud obtiene su financiamiento de la seguridad social; los impuestos son su fuente principal. Las municipalidades y las organizaciones comunitarias crean las condiciones adecuadas para el desarrollo del entorno de la salud. La cooperación internacional no impone prioridades ni modelos, sino adecúa su apoyo a los planteamientos de política determinados desde la autoridad responsable de la salud. La dinámica de la toma de decisión en el sistema se caracteriza por ser concéntrica en torno al Gobierno, quien hace uso de la información generada por la capacidad técnica y científica de los espacios nacionales de investigación y una consulta permanente al poder local. La comunidad juega el papel de fiscalización, al igual que las ONG's.

Tipo C

El sistema de salud se configura con el objetivo de prestación de servicios con calidad y con cobertura al 100%. La función de la rectoría recae en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien se ocupa de la regulación, la supervisión y la prestación de servicios a la población con escasos recursos. El IGSS cumple con niveles de atención óptimos a sus afiliados. Los servicios privados juegan un papel determinante, ya que es a través de ellos que la población con recursos accede a la salud con calidad; además el desarrollo en la investigación y la aplicación de la tecnología médica permiten el aumento de la capacidad técnica nacional. La industria farmacéutica nacional, en la dinámica del libre mercado y bajo la fuerte función rectora del MSPAS, juega un papel determinante en el acceso de medicamentos de la población. El financiamiento del sistema es mixto, donde los impuestos y el seguro público son importantes soportes a la prestación pública de los servicios; pero con un aumento de los pagos por servicios y seguros privados, lo que permite que un amplio sector de la población económicamente activa acceda a servicios de calidad. Las municipalidades y las organizaciones comunitarias juegan el rol de crear las condiciones adecuadas para el desarrollo del entorno de la salud. La cooperación internacional no impone prioridades ni modelos, sino adecúa su apoyo a los planteamientos de política determinados desde la autoridad responsable de la salud. La toma de decisiones en el sistema se caracteriza por ser concéntrica en torno al Gobierno, quien usa los recursos formales de consulta, considera la dinámica del mercado como un criterio importante y hace uso de la información generada por la capacidad técnica y científica de los espacios nacionales de investigación.

Tipo D

El sistema de salud se configura con el objetivo de prestar atención a las necesidades más importantes y básicas de salud de la población. La función de rectoría recae en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien se ocupa de atender particularmente a la población en condiciones de extrema pobreza, tomando en cuenta sus particularidades culturales y locales. El IGSS cumple con niveles de atención óptimos a sus afiliados, con el propósito de restablecerles su condición adecuada para el trabajo y colabora con el MSPAS en algunas regiones atendiendo a la población en general. Esto se logra a través de un financiamiento mixto, donde prevalece el público. Los prestadores privados están presentes como una alternativa para quienes deseen hacer uso de ellos, particularmente aquellos que tienen los recursos y desean acceder a servicios de calidad. La cooperación internacional no impone prioridades ni modelos, sino adecúa su apoyo a los planteamientos de política determinados desde la autoridad responsable de la salud. La dinámica de la toma de decisión en el sistema se caracteriza por ser abierta, donde la participación local es determinante a través del rol propositivo de las ONG's y el desarrollo de los espacios comunitarios formales a nivel del poder local, quienes llevan a cabo el proceso de apropiación de la población del sentido de la salud como un derecho.



Tipo E

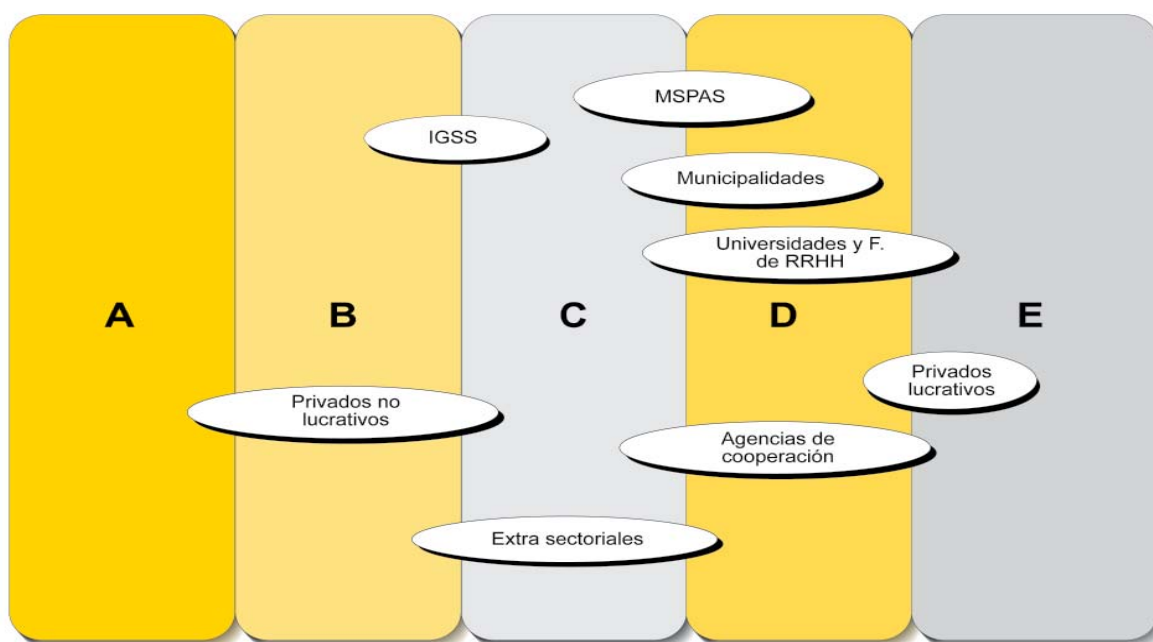
El sistema de salud se configura con el objetivo que la población alcance la salud y el bienestar a través del ejercicio del derecho a la salud. La función de rectoría recae en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien se ocupa de atender particularmente a la población en condiciones de extrema pobreza, tomando en cuenta sus particularidades culturales y locales. Con la finalidad de respetar la identidad étnica y un contar con recurso óptimo para el aumento de la cobertura con servicios de calidad, el sistema reconoce formalmente la medicina tradicional y alternativa - particularmente en el ejercicio de la medicina indígena – valorando su práctica como parte de la prestación de servicios y la acreditación legal de quienes la ejercen. El IGSS cumple con niveles de atención óptimos a sus afiliados, mejora considerablemente la cobertura de la población trabajadora en todo el territorio nacional y colabora con el MSPAS en la cobertura. Su financiamiento es a través de los impuestos y el seguro público, pero recurre constantemente al cobro por servicios. Los prestadores privados están presentes como una alternativa para quienes deseen hacer uso de ellos. Las comunidades son determinantes al proporcionar los insumos para las políticas de salud. La cooperación internacional que no impone prioridades ni modelos, sino adecúa su apoyo a los planteamientos de política determinados desde la autoridad responsable de la salud. La dinámica de la toma de decisión en el sistema se caracteriza por ser abierta, con mecanismos de consulta vinculante, que permiten que el Estado tome en cuenta la perspectiva regional y cultural de la población, y una mayor participación en las decisiones desde el horizonte del poder local. Las comunidades, la ONG's y los movimientos sociales juegan un rol de auditoría social y de propuesta de política pública.

Como se dijo anteriormente, el presente estudio adoptó la imagen del “espectro”, que permite visualizar las visiones dentro de un continuo fluido, en el cual los actores pueden ser ubicados para establecer su acercamiento, su posición respecto a los extremos. Para ello, los actores entrevistados fueron agrupados de acuerdo al criterio de los subsectores del sector salud al que pertenecían.

Gráfica No. 6

Espectro de actores según visiones tipo

Mapa de visiones



Fuente: Elaboración propia.



Considerando el espectro de las visiones de futuro del sistema de salud, podemos referir los siguientes hallazgos y su análisis respectivo:

1. Una de las características interesantes de las entrevistas es que en su mayoría los actores, al referirse a un futuro posible, no pueden hacerlo sin hacer referencia a una descripción del presente. Esto implica que la perspectiva del futuro está ligada a la manera como se comprende la condición actual, indicando que los aspectos formulados en la visión de futuro se construyen a partir de los factores que se desean cambiar. En términos generales podemos afirmar que las visiones reflejan una actitud al cambio.
2. La construcción de visión de futuro implica, entonces, una referencia a una visión del presente. Esto no significa necesariamente el establecimiento de las condiciones históricas, sino más bien un conocimiento resultado de las diversas experiencias que cada uno de los entrevistados tiene y su respectiva visión sobre la situación actual de la salud y del sector. Esto permite que a través de la identificación de problemas comunes, se puedan establecer nexos entre los actores como una plataforma para el diálogo. De ahí la importancia que los estudios diagnósticos se validen como afirmación de base para los participantes en el diálogo.
3. En términos del espectro de las visiones, la referencia al presente significa que la construcción de cada una de ellas se hace desde la perspectiva de lo posible. Es decir, no se plantean como condiciones ideales absolutas, que pueda ser tan sólo una referencia del deber ser, una formulación utópica. La visión a futuro, como se percibe en los entrevistados, es más bien una perspectiva de qué aspectos deben ser reformados y para permitir la construcción de un sistema de salud. Esto se da en un

contexto donde se comparte un horizonte de experiencias común, pero además con un conocimiento técnico compartido. Incluso quienes reivindican el paradigma de la medicina tradicional y alternativa, lo hacen desde el paradigma de la medicina occidental; en la práctica de la discusión, ambos modelos no son inconmensurables. Fortalecer esa dimensión de opinión técnica compartida es fundamental para el proceso de diálogo. Los desencuentros deberán ser identificados, pero en última instancia.

4. De la agrupación de los entrevistados por pertenencia a los subsectores, notamos que la mayoría se mueve en el espectro, partiendo de la visión Tipo C, que es aquella que se asemeja a una descripción de la situación actual. El punto de equilibrio en el espectro se da en la manera como el futuro se asemeja al presente. Lo que debe cambiarse son algunos factores que mejorarán lo que se está haciendo; es clara una tendencia al cambio, pero con matices conservadores.
5. Desde la perspectiva de las visiones obtenidas, los aspectos transversales identificados son los siguientes:

Responsabilidad de las municipalidades en la gestión local de la salud. Los niveles son variados. Van desde la posición de las propias municipalidades, quienes se ven con una mayor autonomía en cuanto al manejo de su propia agenda de salud y en la ejecución directa de los servicios. Existe también una visión más conservadora, que ubica a las municipalidades en tareas vinculadas exclusivamente al desarrollo de condiciones de salud. No obstante, todas las visiones coinciden en otorgarle a las municipalidades un rol de mayor responsabilidad en la gestión de la salud. Todas las variantes coinciden en la necesidad de vincular tal responsabilidad a la rectoría del MSPAS. Además, el conjunto visualiza que el nivel de decisión local debe



realizarse en torno a las municipalidades, lo que permite establecer que – al menos en la visión a futuro – su dinámica estará determinada por los espacios formales locales.

El espectro de visiones incluye, en todo su continuo, la importancia del poder local como espacio para la realización de los temas esenciales de la salud. Esto permite sugerir que se incorpore al proceso de discusión a los Consejos de Desarrollo – tanto en su nivel municipal, departamental y regional – ya que es ahí donde se pueden establecer los vínculos para la construcción en conjunto de Comunidad/Sociedad Civil/Estado.

Participación ciudadana. La gestión de la salud tiene, en todas las visiones, la recurrencia a la participación ciudadana. Aquí podemos establecer dos grupos de perspectivas:

- Aquéllas que favorecen el sentido de la participación en su nivel más abierto, donde las decisiones son tomadas desde lo local, pero donde la comunidad y la organización social, son los actores determinantes. Es la propia gente la que, como usuario, determinará el rumbo de la gestión de la salud. En esta perspectiva, la comunidad en conjunto con las municipalidades, son las que realizan el rol determinante.
- Por otro lado está el énfasis de la participación ciudadana desde una perspectiva formal, que si bien sigue siendo una visión abierta de la gestión pública, establece la necesidad de fortalecer un espacio institucional. Aquí el aspecto determinante está en la indicación que se hace sobre el papel del Consejo de Salud, que debe constituir el espacio donde converjan las diferentes posiciones de la sociedad, tanto desde una perspectiva de opinión técnica como de la opinión de la ciudadanía; es en este espacio donde debe revisarse la información generada por la investigación y la organización comunitaria y social para

ser trasladada a los decisores políticos. Esto muestra que el proceso de diálogo tendrá como acuerdo tácito que el sistema de salud tiene que generar mecanismos de participación ciudadana; el punto de discusión será cuál es el procedimiento más adecuado para lograrlo, lo que dependerá de cómo se conciba la gestión de la salud en sus niveles de descentralización y la relación entre la función de la rectoría con el poder local.

Insistencia sobre el fortalecimiento formal del rol de rectoría del Estado. En el espectro de las visiones a futuro, el Estado juega el papel fundamental y de base para la gestión de la salud; es el instrumento para la realización del objetivo del sistema. En este sentido, la referencia a la función de rectoría está presente como coincidencia. La mayoría de las visiones liga esta función al MSPAS, en algunos casos referidos a una autoridad responsable; otras, las menos, la asigna al IGSS.

Más allá del reconocimiento formal, que resulta indispensable en la perspectiva de todos los entrevistados, es probable que esta necesidad resulte de la identificación de una debilidad institucional actual, lo que no resulta útil a ninguno de los actores. Incluso quienes proponen una visión abierta desde lo local, insisten en la idea de un Estado fuerte; aspecto que no resulta de una posición ideológica desde una perspectiva estatista, sino más bien de una perspectiva pragmática.

Pareciera que la necesidad de recurrir al Estado, está en el hecho de que, en la concepción de los entrevistados, él es único ente que puede generar una dinámica de compromiso formal para la realización del cualquier objetivo del sistema y ser garante de los procedimientos imparciales. Tal es el caso de la visión empresarial, que ve la dinámica del mercado como garantía de reglas claras.





Este hallazgo resulta importante para la discusión sobre la institucionalidad necesaria para el sistema de salud, pues permite proponer -con una visión desde arriba- los mecanismos que permitan vincular las acciones concretas entre los componentes del sistema y viabilizar sus objetivos.

El papel de la comunidad internacional. Este es un elemento de fuerte coincidencia. En todo el espectro se visualiza a la comunidad internacional con un papel de relativa importancia, en un nivel de asesoría, particularmente como apoyo técnico y financiero.

Lo interesante es notar que todos los entrevistados ven este aspecto como marginal, en términos de que el soporte internacional es -en perspectiva de futuro- un factor de acompañamiento a las acciones de diseño y puesta en marcha del sistema.

De lo expresado por los entrevistados, se deduce que en el proceso de diálogo la comunidad internacional es importante como actor de opinión calificada con amplio conocimiento del sector salud en el país.

Modelo mixto en el financiamiento. En el espectro de visiones a futuro del sistema de salud, el aspecto de los recursos para lograr implementarlo resulta un componente determinante. No obstante, se expresan matices que van desde una visión que ve el financiamiento exclusivamente desde los impuestos -con una manera de ver el rol del Estado como exclusivo en la gestión de las políticas de salud- hasta una posición donde el pago por servicios y el seguro privado tienen un peso determinante para el alcance del objetivo del sistema de salud, pero siempre combinado con el financiamiento por impuestos.

Lo que se identifica como tendencia generalizada en el espectro es la opción mixta de financiamiento. La manera de cómo se

define el tipo de financiamiento, depende fundamentalmente de la concepción que se tenga del rol de lo público y de la definición del objetivo.

Es decir, cuando el objetivo está definido en términos más integrales (el derecho a la salud, el bienestar de las personas), tiende a visualizar al Estado como responsable de llevarlo a cabo y para lograrlo, se señala el principio de subsidiaridad.

En el caso donde el objetivo se concibe más en términos de prestación de servicios, el aspecto del financiamiento resulta más en un orden pragmático: impuestos y el seguro público trabajando en cubrir a las personas con bajos recursos; el resto de la población obtendría el servicio a la salud por pago directo o seguro privado.

Lo que resulta importante es que la perspectiva extrema no tiene peso, lo que se privilegia es una posición mixta.

Dos serán los matices que determinarán la importancia de la discusión sobre el financiamiento, que permitirá el alejamiento o acercamiento entre los actores. Por un lado, definir el carácter del objetivo, cómo se define el rol del Estado y cómo el privado debe contribuir para hacerlo. Y luego, la eficiencia de la gestión en términos de alcanzar el objetivo. Aquí la discusión se orientará hacia la relación entre qué se quiere hacer y con qué recursos lograrlo, esto derivará en el modelo de gestión administrativa. El problema central será definir de qué manera hacer eficiente el sistema.

6. Desde la perspectiva del espectro, los aspectos que muestran diferencia son:

El componente cultural en la salud. Ninguna visión niega la necesidad de considerar la característica cultural como un factor deter-

minante para la definición de un sistema de salud. Es interesante notar que no se abordó el tema desde la perspectiva étnica - es decir bajo la visión del derecho a la diferencia y el ejercicio de ella en la manera de afrontar el tema de la salud de un grupo étnicamente identificable.

El acercamiento al tema cultural se da en dos niveles. Por un lado la consideración de lo cultural vinculado a lo local, es decir entender lo cultural como las especificaciones de comportamiento de la población en términos de su posición geográfica; como el respeto de las costumbre del lugar. Esto lleva a considerar el espacio del poder local como necesario para desarrollar el componente cultural. La discusión radica en términos de entregar a las comunidades la gestión de la salud y la manera cómo se generan acciones desde lo local, vinculándolas con una política nacional. En este aspecto, el tema de considerar la diferencia, está en cómo hacer operativo en lo local su uso, y de qué manera se participa en la gestión local de la salud.

El otro nivel que fue relevado tan sólo por una visión, pero que es importante resaltar, es la manera de concebir lo cultural desde la perspectiva del paradigma de la medicina. Nadie niega el rol de la medicina tradicional indígena o la medicina alternativa como un recurso importante para suplir las limitaciones actuales del sector, pero son vistas en perspectiva de su vinculación con la medicina occidental; es decir, el componente cultural se considera un recurso para llevar a cabo ciertas metas.

Ahora bien, desde una perspectiva de fondo, el tema no es la aplicación marginal de ciertas prácticas en el conjunto de un paradigma distinto. El punto de discusión es de qué manera podemos equiparar la perspectiva de la medicina occidental - que es la que determina la dinámica y el sentido de la gestión pública de

la salud - con las de las medicinas tradicional indígena y alternativa. Existe la posibilidad que el Estado reconozca los dos paradigmas y les de la misma acreditación formal, por ejemplo: ¿por qué no acreditar legalmente a quienes ejercen la medicina tradicional indígena, bajo su propio esquema de formación? Desde esta perspectiva, la construcción a futuro no puede dejar de lado esta discusión, porque no se trata sólo de la necesidad del reconocimiento de ciertas prácticas y de su adecuación operativa en la prestación de servicios, sino de incluir el paradigma en su dimensión profunda. La visión a futuro debe ser vista no sólo desde la posición de arriba (objetivo) o desde la posición de abajo (la participación ciudadana), sino desde adentro; es decir, desde los distintos enfoques que existen en el país.

El rol del IGSS. En el espectro de visiones, el papel del seguro social público guatemalteco, varía desde la manera como es concebido. Nadie propone su disolución, pero se dan diversos énfasis. Unos le dan un protagonismo mayor, que va desde asignarle la función de rectoría y la prestación total de los servicios. Otros reducen su papel a la atención de los trabajadores para que recuperen su condición óptima. Una posición intermedia considera que debe continuar como está, tan sólo mejorando su cobertura y funcionando, en ciertas ocasiones, con el MSPAS.

La discusión sobre el rol del IGSS en el sistema de salud, será un punto posible de desencuentro. Esto implica que el diálogo requerirá de un soporte técnico especializado sobre la realidad del IGSS, que permita una plataforma para la discusión real y no quedar en un plano de perspectiva general.

La diferencia en cuanto al objetivo. Al observar hacia adentro de las visiones, concluimos que existen más puntos de encuentro que desencuentro. En lo que respecta al objetivo del sistema de salud, existen fundamentalmente



dos énfasis: aquellas visiones que conciben a la salud desde un enfoque del “derecho a la salud” y las que establecen el objetivo en términos de la prestación de servicios. Desde una visión desde arriba, lo que proporciona un objetivo, implícito o explícito, la determinación de su sentido global. En términos del espectro, está claro que la discusión sobre los aspectos coincidentes antes indicados, permitirán una discusión amplia pero con una alta probabilidad de lograr plataformas en común. La diferencia en cuanto a la definición del objetivo puede ser la manera como cada actor se posiciona en el espectro, con lo cual podrá llevarse al diálogo los respectivos énfasis en cada uno de los componentes de la visión al futuro.



Conclusiones



¿Es posible vincular el mapa político con el espectro de la visiones a futuro? El primero pretende describir la dinámica de la toma de decisión en su situación actual, en tanto el segundo es una aproximación a cómo se visualiza el futuro. ¿Es posible hacer un nexo entre dos aproximaciones de la misma dimensión de la vida social del guatemalteco?

Al respecto algunas consideraciones:

1. En términos conceptuales, las dos dimensiones puede enlazarse ya que corresponden a un mismo objeto, aunque una esté construida en la perspectiva de la percepción que se tiene de lo actual y la otra en términos de lo que se aspira.
2. Por otro lado, es importante señalar que el punto de partida para hacer esta vinculación es no suponer que el posicionamiento en el mapa de actores implica una determinada manera de visualizar el futuro. Esto significa que si bien las visiones se construyen desde una experiencia dada - y el posicionamiento lo da - en ellas el hoy no deriva necesariamente en lo que se aspira.
3. En términos generales, observando los hallazgos indicados en este estudio, podemos establecer que la vinculación precisa

entre ambas dimensiones está en que existe una dinámica en la gestión pública de la salud, que los actores involucrados no perciben como la situación mejor posible; es decir, existe una tendencia a promover el cambio para lograr el objetivo del sector salud. En ambos planos se reconoce una realidad específica que en el mapa es una descripción y en las visiones es una la realidad a cambiar.

Está claro que la otra vinculación son los sujetos mismos. En este contexto relevamos los aspectos específicos en los que ella ocurre.

- La visión tipo C es aquella que se acerca más a la descripción de la dinámica de la toma de decisión, como fue establecida en el análisis sobre el mapa de actores.
- El enlace entre el mapa de actores y el espectro de visiones, está en el hecho que muchos de los propios actores identificados vinculan, en términos generales, el futuro con la situación actual. Esto resulta interesante porque de ser así, pareciera indicar que la tendencia de la mayoría de los actores es conservadora, pero con elementos renovadores que permiten formular cambios.



- La posición extrema en el espectro de visiones de las entidades privadas lucrativas y no lucrativas, son de actores que en el mapa no juegan un rol determinante. Visiones extremas tienen, en el plano de lo político, poca viabilidad.
- La ubicación de los actores de cooperación internacional en el espectro confirma su posición en el mapa de actores.
- Los actores provenientes del IGSS y las municipalidades, en su visión a futuro tienden a reafirmar la tendencia del mapa de actores.
- Algunas de las visiones reflejan la ausencia de algunos actores, particularmente en lo que se refiere al papel de las comunidades y a los espacios que aglutinan la práctica de la medicina tradicional indígena o alternativa.

El ejercicio del mapeo político de actores dejó, por la naturaleza de la toma de decisiones, una serie de actores fuera de la consideración de esta dinámica. Está claro que muchos actores no evidenciados cuentan poco al momento de la decisión política e incluso de gestión a niveles macro del sector. Pero en términos del propio proyecto, resulta que muchos de estos actores son un elemento importante a considerar para la construcción a futuro. Por lo tanto, podemos establecer que los actores constituidos a partir de realidades que van más allá de la dinámica del mapa de actores políticos - en particular aquellos vinculados a las perspectivas de la salud a nivel comunitario y en perspectiva no formal - son expresión de una realidad nacional. En este sentido, las visiones aportan criterios que permiten establecer quiénes pueden ser convocados, sin necesariamente estar identificados como actores relevantes en términos políticos.

un entorno de riesgo que no le permite su ajuste en el mundo globalizado— provoca que se matice la dinámica de centralización en torno al MSPAS. Esto se debe a la falta de capacidad de ejecución del propio Estado, por lo que la presencia del sector privado no lucrativo, en particular el organizado en torno a las comunidades locales, adquiere un papel importante. Además, la dinámica de acceso indirecto de los grupos de interés, que genera la centralización en torno al MSPAS, provoca una mayor diversificación de las influencias que atacan los distintos segmentos del eje concéntrico.

Esta situación permite que exista una oportunidad para el diálogo. La falta de un ejercicio al interno de la institucionalidad del Estado para la generación de espacios de propuesta, posibilita la incorporación de visiones que superen la propia dinámica actual en sector salud, resultado de la necesidad de un ajuste en la gestión, con foco en la eficiencia.

Las condiciones de la dinámica del sector no son las únicas que permiten la construcción conjunta de propuesta. Existen actores involucrados con una actitud favorable al cambio, si bien en su mayoría tienden tan sólo a la mejora de lo que existe. Las propuestas a futuro, de carácter innovador, permiten una condición favorable a construir el cambio.

En este contexto, emergen posiciones de reivindicación del conocimiento tradicional, pero que es innovador para el propio sector. Lo anterior permite una plataforma crítica para el propio sector salud, desde una perspectiva de constitución alternativa en la visión propia de la salud y la gestión pública en torno a ella. Esto definitivamente impulsa la necesidad de crear espacios de encuentro entre diferentes visiones.



Anexos



Anexo A: Matriz de actores, mapeo de gabinete

Para la elaboración del mapeo de actores del sector salud, se formuló un marco conceptual que permitió el procesamiento de la información. En él se define al sector salud como *el conjunto de organismos e instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, autónomas, semiautónomas, municipalidades, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias que desarrollan actividades para la mejora de la salud de la población.*

Además se enunciaron las funciones que el sector salud realiza:

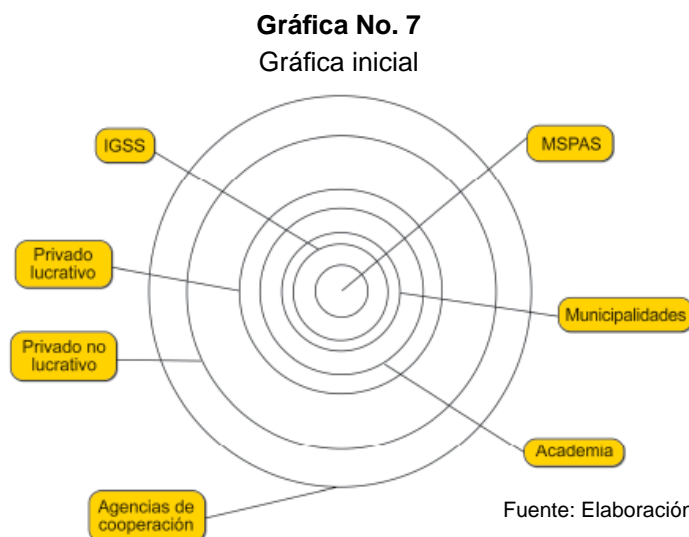
1. Rectoría.
 - a. Diseño del sistema
 - b. Evaluación del desempeño
 - c. Fijación de las prioridades
 - d. Promoción intersectorial
 - e. Reglamentación
 - f. Protección del consumidor.
2. Financiamiento.
 - a. Recaudación de ingresos
 - b. Mancomunación de fondos
 - c. Compras.
3. Prestación de servicios.
 - a. Personal
 - b. No personal.
4. Generación de recursos.
 - a. Personas
 - b. Instituciones
 - c. Conocimiento.
5. Administración.

Por otra parte se establecieron los subsectores que lo conforman y que ejercen las funciones:

- Ministerio de Salud y Asistencia Social
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
- Las municipalidades
- Las universidades e instituciones formadoras de recurso humano
- Las entidades privadas lucrativas
- Las entidades privadas no lucrativas
- Agencias de cooperación.

Grafica inicial

En términos del marco conceptual podemos establecer en el plano formal la distribución que vemos en el Gráfica No. 7.



Fuente: Elaboración propia.



A partir de lo anterior se formulan los indicadores para la elaboración de la matriz de actores:

Variable espacio temporal

La toma de decisiones respecto a función de rectoría en el sector salud, desde la firma de los Acuerdos de Paz a la fecha, considerado a nivel nacional.

Indicadores

1. Actor:
 - a. Aquellos que inciden en la toma de decisiones respecto a función de rectoría en el sector salud.
2. Subsector al que pertenece.
¿A qué subsector pertenece?
 - a. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
 - b. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
 - c. Las municipalidades
 - d. Las universidades e instituciones formadoras de recurso humano
 - e. Las entidades privadas lucrativas
 - f. Las entidades privadas no lucrativas
 - g. Agencias de cooperación
 - h. Actores externos.
3. Funciones que cumple.
¿Qué función o funciones realiza?
 - a. Rectoría.
 - i. Diseño del sistema
 - ii. Evaluación del desempeño
 - iii. Fijación de las prioridades
 - vi. Promoción intersectorial
 - v. Reglamentación
 - vi. Protección del usuario
 - vii. Asignación de recursos.
 - b. Financiamiento.
 - i. Recaudación de ingresos
 - ii. Mancomunación de fondos

- iii. Pagos.
 - c. Administración.
 - d. Prestación de servicios
 - i. Personal
 - ii. No personal.
 - e. Generación de recursos.
 - i. Personas
 - ii. Instituciones
 - iii. Conocimiento.
4. Nivel de autonomía al respecto del sistema.
¿Qué nivel de autonomía tiene el actor?
 - a. Alto: El actor en la mayoría de sus actividades no depende del eje concéntrico.
 - b. Medio: El actor en algunas actividades no depende del eje concéntrico.
 - c. Bajo: El actor en la mayoría de sus actividades depende del eje concéntrico.
 5. Orientación interna o externa al sistema.
¿Hacia dónde orienta su comportamiento el actor?
 - a. Orientación externa: El actor se orienta a debilitar el eje concéntrico.
 - b. Orientación interna: El actor se orienta a fortalecer el eje concéntrico.
 6. Nivel de importancia respecto al sistema.
¿Qué nivel de importancia tiene el actor?
 - a. Muy importante:
 - i. La ausencia del actor determina la existencia del sector.
 - b. Poco importante.
 - i. La ausencia del actor resulta en la falta o debilitamiento de las funciones, sin que el sector en su conjunto este en riesgo.
 - c. Nada importante.
 - i. La ausencia del actor no afecta al sector.
 7. Interconexiones.
¿Actores con la que se vincula el actor considerado para la toma de decisiones?
 - a. Otros actores con los que el actor considerado se vincula en su relación con el eje concéntrico.



8. Actor primario / Actor Secundario
¿El actor es tomado en cuenta al momento de la toma de decisión?
- Actor primario: El actor es tomado en cuenta al momento de la toma de decisiones respecto a la rectoría.
 - Actor secundario: El actor es tomado en cuenta parcialmente o ignorado al momento de la toma de decisiones respecto a la rectoría.

Resultado de la obtención de la información

Se realizó un taller con un grupo de expertos del sector salud para el procesamiento de datos, se obtuvo la matriz que vemos en el Cuadro No. 3.

Sistematización de la información

Indicador 2: Subsector al que pertenece

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
 - Vacío.
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
 - Vacío.
- Las municipalidades.
 - Asociación Nacional de Municipalidades de la República de Guatemala (ANAM)
- Las universidades e instituciones formadoras de recurso humano.
 - Universidades.
- Las entidades privadas lucrativas.
 - Industria farmacéutica
 - Asociaciones de hospitales y servicios médicos privados
 - Empresas privadas de aseguramiento y planes de salud
 - Industria de tecnología médica
 - Empresas de consultoría.
- Las entidades privadas no lucrativas.
 - Fundaciones de salud privadas no lucrativas
 - Instancia nacional de salud
 - Asociaciones de hospitales y servicios médicos privados
 - Coalición de organizaciones de salud de las mujeres
 - Iglesia Católica.
- Agencias de cooperación.
 - Banco Interamericano de Desarrollo
 - Banco Mundial
 - Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
 - Organización Panamericana de la Salud
 - Sistema de Naciones Unidas
 - Unión Europea
 - Organizaciones no gubernamentales internacionales.
- Actores externos.
 - Presidencia de la República
 - Secretaría de Planificación y Programación
 - Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente
 - Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia
 - Ministerio de Finanzas
 - Organismo Legislativo
 - Comisión legislativa de salud y asistencia social
 - Comisión legislativa de previsión y seguridad social
 - Comisión legislativa de finanzas públicas y moneda
 - Instituto de fomento municipal
 - Procurador de derechos humanos
 - Comité coordinador de asociaciones agrícolas, comerciales, industriales, y financieras
 - Comisión interinstitucional de acciones conjuntas en el sector académico y sector salud
 - Sindicatos de trabajadores de salud



Cuadro No.3

Matriz listado de actores, mapeo de gabinete, 23 y 24 de mayo de 2006

	ACTOR	Subsector al que pertenece	Las funciones que cumple	Nivel de autonomía respecto al sistema	Orientación interna o externa al sistema	Nivel de importancia respecto al sistema	Interconexiones	AP/AS
1	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)							
2	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)	b	b, c, d, e. a: No cumple una función de rectoría, pero tiene una fuerte influencia sobre la misma.	A	a	a	Industria farmacéutica, UNAERC, hospitales deptales	AS, pero a futuro, para construir la rectoría será AP
3	Presidencia de la República	h	ninguna	A	a	a	Gabinete social, secretarías de la presidencia, filaciones partidarias y personales	AP
4	Secretaría de Planificación y Programación (SEGEPLAN)	h	ninguna	A	b	c	Guate Solidaria y gabinete social, cooperación externa	AS
5	Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP) / Secretaría de la Familia	h	b,d	A	a	c	Cooperación internacional, UCPP	AS
6	Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia (SCEP)	h	a	A	a	c	ANAM	AS
7	Ministerio de Finanzas (MINFIN)	h	a,b	A	b	a	Presidencia	AP
8	Organismo Legislativo	h	a	A	coyuntural	a	Comisiones	AP
9	Comisión de Salud y Asistencia Social	h	a	A	coyuntural	b	Asesores de comisión, industria farmacéutica	AP
10	Comisión de Previsión y Seguridad Social	h	a	A	coyuntural	b	Asesores de comisión, industria farmacéutica	AP
11	Comisión de Finanzas Públicas y Moneda	h	a	A	coyuntural	a	Dirección Técnica del Presupuesto (MINFIN)	AP
12	Instituto de Fomento Municipal (INFOM)	h	a, b, (e?)	A	a	c	municipalidades, cooperación internacional, SEGEPLAN	AS
13	Asociación Nacional de Municipalidades de la República de Guatemala (ANAM)	c	a	A	b	a, a futuro. c, en la actualidad	SCEP, cooperación externa, INFOM	AS



	ACTOR	Subsector al que pertenece	Las funciones que cumple	Nivel de autonomía respecto al sistema	Orientación interna o externa al sistema	Nivel de importancia respecto al sistema	Interconexiones	AP/AS
14	Municipalidades	c	a, b, c, d, e	A	a	a / b (ver proyectos piloto)	ANAM, Coop. Externa, COMUDES, INFOM	AS (ver proyectos piloto)
15	Procurador de los Derechos Humanos (PDH)	h	ninguna	A	b	c	Medios de comunicación	AS
16	Banco Interamericano de Desarrollo (BID)	g	a, b, e	A	b	a	Banco Mundial, PNUD, OPS, AID, MSPAS con UCPP y PMSS2	AP
17	Banco Mundial (BM)	g	a, b, e	A	b	a	BID, SNU, AID, OPS, MSPAS con UCPP-Proyecto Salud y Nutrición	AP
18	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID)	g	b, e	A	b	b	Embajada USA, OPS, INE, APROFAM, BM, BID, SNU	AS
19	Organización Panamericana de la Salud (OPS)	g	b, e	A	b	b	SNU; BM; BID; USAID; EMBAJADAS	b
20	Sistema de Naciones Unidas (SNU)	g	b, e	A	b	b	BID, BM, USAID, UE, Embajadas	
21	Unión Europea (UE)	g	b, e	A	b	b	Instancia Nac. Salud, PRAC Salud, SCEP, ANAM, Seprem	AS
22	Industria farmacéutica	e	e	A	a	b	MSPAS, ACAM, OPS, UNICEF	AS
23	Fundaciones de salud privadas no lucrativas	f	c, d	B	a	b	Hospitales nacionales, CACIF	AS
24	Asociaciones de hospitales y servicios médicos privados	e, f	a, c, d, e	B	a	b	Colegios médicos	AS
25	Empresas privadas de aseguramiento y planes de salud	e	c, e	A	a	c	IGSS, CACIF	AS
26	Industria de tecnología médica	e	e	A	a	Hospitales nacionales,	AS	AS



	ACTOR	Subsector al que pertenece	Las funciones que cumple	Nivel de autonomía respecto al sistema	Orientación interna o externa al sistema	Nivel de importancia respecto al sistema	Interconexiones	AP/AS
27	Comité Coordinador de Asociaciones Agrícolas, Comerciales, Industriales y Financieras (CACIF)	h		A	a	c	CIEN	AS
28	Empresas de consultoría	e	e	B	b	c	instituciones financieras y de cooperación internacionales;	AS
29	Universidades	d	d, e	A	b	b	OPS, UNICEF, INS	AS
30	Comisión Interinstitucional de acciones conjuntas en el sector académico y sector salud	h	e	B	b	c	INS, IGSS, Caliad en Salud	AS
31	Sindicatos de trabajadores de salud	h	e	A	b	c	otros sindicatos, ONG	AS
32	Coalición de organizaciones de salud de las mujeres	f	e	a	b	c	instituciones de cooperación internacionales;	AS
33	Instancia Nacional de Salud	f	b,c,d,e	B	b	c	UE, MSPAS, Iglesia católica, Congecop, ACAM, URL,	AS
34	Organizaciones no gubernamentales internacionales	g	c, d, e	B	b	b	ACAM, OPS, UNICEF,	AS
35	Iglesia Católica	f	c,d,e	A	a	b	ONG, INS,	AS
36	Asociaciones de usuarios	h		A	a	c	ACAM, ONG internacionales, ONG nacionales	AS
37	Medios de comunicación	h		A	b	c		AS



- o. Asociaciones de usuarios
- p. Medios de comunicación.

Indicador 3: funciones que cumple

1. Rectoría.

- a. Secretaría de Coordinación de la Presidencia
- b. Ministerio de finanzas
- c. Organismo legislativo
- d. Comisión legislativa de salud y asistencia social
- e. Comisión legislativa de finanzas y moneda
- f. Instituto de fomento municipal
- g. Asociación Nacional de Municipalidades de la República de Guatemala
- h. Municipalidades
- i. Banco Interamericano de Desarrollo
- j. Banco Mundial
- k. Asociación de hospitales y servicios médicos privados
- l. Instituto de Seguridad Social de Guatemala no cumple una función directa de rectoría pero tiene una influencia considerable en ella.

2. Financiamiento.

- a. Instituto de Seguridad Social de Guatemala
- b. Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente
- c. Ministerio de finanzas
- d. Instituto de fomento municipal
- e. Municipalidades
- f. Banco Interamericano de Desarrollo
- g. Banco Mundial
- h. Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
- i. Organización Panamericana de la Salud
- j. Sistema de Naciones Unidas
- k. Unión Europea
- l. Instancia Nacional de Salud.

3. Administración.

- a. Instituto de Seguridad Social de Guatemala
- b. Municipalidades
- c. Fundaciones de salud privadas no lucrativas
- d. Asociación de hospitales y servicios médicos privados
- e. Empresas privadas de aseguramiento y planes de salud
- f. Instancia nacional de salud
- g. Organizaciones no gubernamentales internacionales
- h. Iglesia Católica.

4. Prestación de servicios.

- a. Instituto de Seguridad Social de Guatemala
- b. Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente
- c. Municipalidades
- d. Fundaciones de salud privadas no lucrativas
- e. Asociación de hospitales y servicios médicos privados
- f. Universidades
- g. Instancia nacional de salud
- h. Organizaciones no gubernamentales internacionales
- i. Iglesia Católica.

5. Generación de recursos.

- a. Instituto de Seguridad Social de Guatemala
- b. Municipalidades
- c. Banco Interamericano de Desarrollo
- d. Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
- e. Organización Panamericana de la Salud
- f. Sistema de Naciones Unidas
- g. Unión Europea
- h. Industria Farmacéutica
- i. Asociación de hospitales y servicios médicos privados
- j. Empresas privadas de aseguramiento y planes de salud



- k. Industria tecnológica médica
- l. Empresas de consultoría
- m. Universidades
- n. Comisión interinstitucional de acciones conjuntas en el sector académico y sector salud
- o. Sindicato de trabajadores de salud
- p. Coalición de organizaciones de salud de las mujeres
- q. Instancia nacional de salud
- r. Organizaciones no gubernamentales internacionales
- s. Iglesia Católica.

- r. Sistema de Naciones Unidas
- s. Unión Europea
- t. Industria farmacéutica
- u. Fundaciones de salud privadas no lucrativas
- v. Empresas privadas de aseguramiento y planes de salud
- w. Industria de tecnología médica
- x. Comité coordinador de asociaciones agrícolas, comerciales, industriales, y financieras
- y. Universidades
- z. Sindicatos de trabajadores de salud
- aa. Iglesia Católica
- bb. Asociaciones de usuarios
- cc. Medios de comunicación.

Indicador 4: Nivel de autonomía al respecto del sistema.

1. Alto: El actor en la mayoría de sus actividades no depende del eje concéntrico
 - a. Instituto de Seguridad Social de Guatemala
 - b. Presidencia de la República
 - c. Secretaría de Planificación y Programación
 - d. Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente
 - e. Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia
 - f. Organismo legislativo
 - g. Comisión legislativa de salud y asistencia social
 - h. Comisión legislativa de previsión y seguridad social
 - i. Comisión legislativa de finanzas y moneda
 - j. Instituto de fomento municipal
 - k. Asociación nacional de municipalidades de la República de Guatemala
 - l. Municipalidades
 - m. Procurador de Derechos Humanos
 - n. Banco Interamericano de Desarrollo
 - o. Banco Mundial
 - p. Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
 - q. Organización Panamericana de la Salud

2. Medio: El actor en algunas actividades no depende del eje concéntrico.
 - a. Fundaciones de salud privadas no lucrativas
 - b. Empresas de consultoría
 - c. Comisión interinstitucional de acciones conjuntas en el sector académico y sector salud
 - d. Instancia nacional de salud
 - e. Asociaciones de hospitales y servicios médicos privados
 - f. Organizaciones no gubernamentales internacionales.
3. Bajo: El actor en la mayoría de sus actividades depende del eje concéntrico.
 - a. Vacío.

Indicador 5: Orientación interna o externa al sistema.

1. Orientación externa: El actor se orienta a debilitar el eje concéntrico.
 - a. Instituto de Seguridad Social de Guatemala
 - b. Presidencia de la República
 - c. Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente
 - d. Secretaría de Coordinación Ejecutiva de



- la Presidencia.
 - e. Instituto de fomento municipal
 - f. Municipalidades
 - g. Industria farmacéutica
 - h. Fundaciones de salud privadas no lucrativas
 - i. Asociación de hospitales y servicios médicos privados
 - j. Empresas privadas de aseguramiento y planes de salud
 - k. Industria de tecnología médica
 - l. Comité coordinador de asociaciones agrícolas, comerciales, industriales, y financieras
 - m. Iglesia Católica
 - n. Asociaciones de usuarios.
2. Orientación interna: El actor se orienta a fortalecer el eje concéntrico.
- a. Secretaría de Planificación y Programación
 - b. Ministerio de finanzas
 - c. Procurador de derechos humanos
 - d. Banco Interamericano de Desarrollo
 - e. Banco Mundial
 - f. Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
 - g. Organización Panamericana de la Salud
 - h. Sistema de Naciones Unidas
 - i. Unión Europea
 - j. Empresas de consultoría
 - k. Universidades
 - l. Comisión interinstitucional de acciones conjuntas en el sector académico y sector salud
 - m. Sindicatos de trabajadores de salud.
 - n. Coalición de organizaciones de salud de la mujeres
 - o. Instancia nacional de salud.
 - p. Organizaciones no gubernamentales internacionales
 - q. Medios de comunicación
 - r. Asociación Nacional de Municipalidades de la República de Guatemala.

3. Con una posición coyuntural.
- a. Organismo legislativo
 - b. Comisión legislativa de salud y asistencia social
 - c. Comisión legislativa de previsión y seguridad social
 - d. Comisión legislativa de finanzas públicas y moneda.

Indicador 6: Nivel de importancia respecto al sistema.

1. Muy importante.
- a. Instituto de Seguridad Social de Guatemala
 - b. Presidencia de la República
 - c. Ministerio de Finanzas
 - d. Organismo legislativo
 - e. Comisión legislativa de finanzas y moneda
 - f. Banco Interamericano de Desarrollo
 - g. Banco Mundial.
2. Poco importante.
- a. Comisión legislativa de salud y asistencia social
 - b. Comisión legislativa de previsión y seguridad social
 - c. Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
 - d. Sistema de Naciones Unidas
 - e. Organización Panamericana de la Salud.
 - f. Unión Europea
 - g. Industria farmacéutica
 - h. Fundaciones de salud privadas no lucrativas
 - i. Asociación de hospitales y servicios médicos privados. Industria de tecnología médica
 - j. Universidades
 - k. Organizaciones no gubernamentales internacionales
 - l. Iglesia Católica.



Cuadro No.4
Matriz indicador interconexiones

Actores	Actores considerados en el análisis	Actores no considerados en el análisis
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)		
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)	Industria farmacéutica	UNAERC / Hospitales departamentales
Presidencia de la República	Secretaría de Planificación y Programación Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia Ministerio de Finanzas Organismo Legislativo Instituto de Fomento Municipal (INFOM) Municipalidades Procurador de los Derechos Humanos	Gabinete social / Secretarías de la Presidencia / Filiaciones partidarias / Filiaciones Personales
Secretaría de Planificación y Programación (SEGEPLAN)		Guate Solidaria / Gabinete Social / Cooperación Externa
Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP) / Secretaría de la Familia		Cooperación Internacional / UCPP
Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia (SCEP)	Asociación Nacional de Municipalidades de la República de Guatemala	
Ministerio de Finanzas (MINFIN)	Presidencia de la República	
Organismo Legislativo	Comisión legislativa de salud y asistencia social. Comisión legislativa de previsión y seguridad social. Comisión legislativa de finanzas y moneda	Comisiones legislativas
Comisión de Salud y Asistencia Social	Industria Farmacéutica	Asesores del Congreso
Comisión de Previsión y Seguridad Social	Industria Farmacéutica	Asesores del Congreso
Comisión de Finanzas Públicas y Moneda	Ministerio de finanzas a través de la Dirección Técnica del Presupuesto	
Instituto de Fomento Municipal (INFOM)	Secretaría de Planificación y Programación Municipalidades	Cooperación internacional
Asociación Nacional de Municipalidades de la República de Guatemala (ANAM)	Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia Instituto de Fomento Municipal.	Cooperación internacional
Municipalidades	Asociación Nacional de Municipalidades de la República de Guatemala Instituto de Fomento Municipal	COMUDES / Cooperación internacional



Actores	Actores considerados en el análisis	Actores no considerados en el análisis
Procurador de los Derechos Humanos (PDH)	Medios de comunicación	
Banco Interamericano de Desarrollo (BID)	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de UCPP y PMSS2 Sistema de Naciones Unidas Organización Panamericana de la Salud	
Banco Mundial (BM)	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de UCPP- proyecto salud nutrición Banco Interamericano de Desarrollo Sistema de Naciones Unidas. Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional Organización Panamericana de la Salud	
Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID)	Organización Panamericana de la Salud Banco Interamericano de Desarrollo Banco Mundial Sistema de Naciones Unidas	Embajada de Estados Unidos. APROFAM
Organización Panamericana de la Salud (OPS)	Banco Interamericano de Desarrollo Banco Mundial Sistema de Naciones Unidas Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional	Embajadas
Sistema de Naciones Unidas (SNU)	Banco Interamericano de Desarrollo Banco Mundial Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional Unión Europea	Embajadas
Unión Europea (UE)	Instancia Nacional de Salud Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia Asociación Nacional de Municipalidades de la República de Guatemala	PRAC salud / Secretaría de la Presidencia de la Mujer
Industria farmacéutica	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Organización Panamericana de la Salud	ACAM / UNICEF
Fundaciones de salud privadas no lucrativas	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Comité Coordinador de Asociaciones Agrícolas, Comerciales, Industriales y Financieras	Hospitales Nacionales
Asociaciones de hospitales y servicios médicos privados		Colegio de médicos
Empresas privadas de aseguramiento y planes de salud	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Comité Coordinador de Asociaciones Agrícolas, Comerciales, Industriales y Financieras	



Actores	Actores considerados en el análisis	Actores no considerados en el análisis
Industria de tecnología médica		Hospitales Nacionales
Comité Coordinador de Asociaciones Agrícolas, Comerciales, Industriales y Financieras (CACIF)		CIEN
Empresas de consultoría	Banco Interamericano de Desarrollo Banco Mundial	Cooperación internacional
Universidades	Organización Panamericana de la Salud Instancia nacional de salud	UNICEF
Comisión Interinstitucional de acciones conjuntas en el sector académico y sector salud	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	INS / Calidad en salud
Sindicatos de trabajadores de salud		Otros sindicatos / ONG'S
Coalición de organizaciones de salud de las mujeres		Cooperación internacional
Instancia Nacional de Salud	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Universidades Unión Europea Iglesia Católica	ACAM / CONGECOP
Organizaciones no gubernamentales internacionales	Organización Panamericana de la Salud	ACAM / UNICEF
Iglesia Católica	Instancia nacional de salud	ONG'S
Asociaciones de usuarios	Organizaciones no gubernamentales internacionales	ACAM / ONG'S
Medios de comunicación		

Fuente: Elaboración propia.

3. Nada importante.

- a. Secretaría de Planificación y Programación
- b. Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente
- c. Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia
- d. Instituto de fomento municipal
- e. Procurador de derechos humanos
- f. Empresas privadas de aseguramiento y planes de salud
- g. Comité coordinador de asociaciones agrícolas, comerciales, industriales, y financieras



- h. Empresas de consultoría
- i. Comisión interinstitucional de acciones conjuntas en el sector académico y sector salud
- j. Sindicatos de trabajadores de salud.
- k. Coalición de organizaciones de salud de las mujeres
- l. Instancia nacional de salud
- m. Asociación de usuarios
- n. Medios de comunicación.

Indicador 7: Interconexiones.

Estos se determinan en dos aproximaciones, aquellos que son parte de los actores analizados y los que fueron mencionados pero están fuera (ver Cuadro No. 4).

Indicador 8: Actor primario / Actor secundario.

1. Actor primario: El actor es tomado en cuenta al momento de la toma de decisiones respecto a la rectoría.
 - a. Presidencia de la República
 - b. Ministerio de finanzas
 - c. Organismo legislativo
 - d. Comisión legislativa de salud y asistencia social
 - e. Comisión legislativa de previsión y seguridad social
 - f. Comisión legislativa de finanzas y moneda
 - g. Banco Interamericano de Desarrollo
 - h. Banco Mundial.
2. Actor secundario: El actor es tomado en cuenta parcialmente o ignorado al momento de la toma de decisiones respecto a la rectoría.
 - a. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
 - b. Secretaría de Planificación y Programación
 - c. Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente

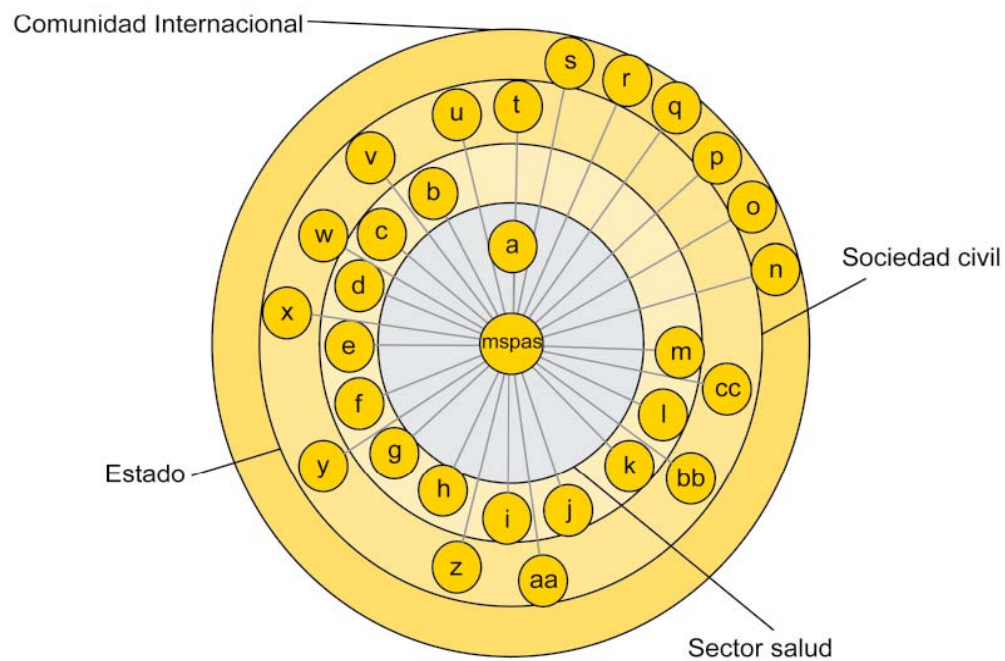
- d. Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia
- e. Instituto de fomento municipal
- f. Asociación nacional de municipalidades de la República de Guatemala
- g. Municipalidades
- h. Procurador de Derechos Humanos
- i. Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
- j. Organización Panamericana de la Salud
- k. Sistema de Naciones Unidas
- l. Unión Europea
- m. Industria farmacéutica
- n. Fundaciones de salud privadas no lucrativas
- o. Asociación de hospitales y servicios médicos privados. Empresas privadas de aseguramiento y planes de salud
- p. Industria de tecnología médica
- q. Comité coordinador de asociaciones agrícolas, comerciales, industriales, y financieras
- r. Empresas de consultoría
- s. Universidades
- t. Comisión interinstitucional de acciones conjuntas en el sector académico y sector salud
- u. Sindicato de trabajadores de salud
- v. Coalición de organizaciones de salud de las mujeres
- w. Instancia nacional de salud
- x. Organizaciones no gubernamentales internacionales
- y. Iglesia Católica
- z. Asociación de usuarios
- aa. Medios de comunicación.



Visualización de los indicadores en gráficas

Gráfica No.8

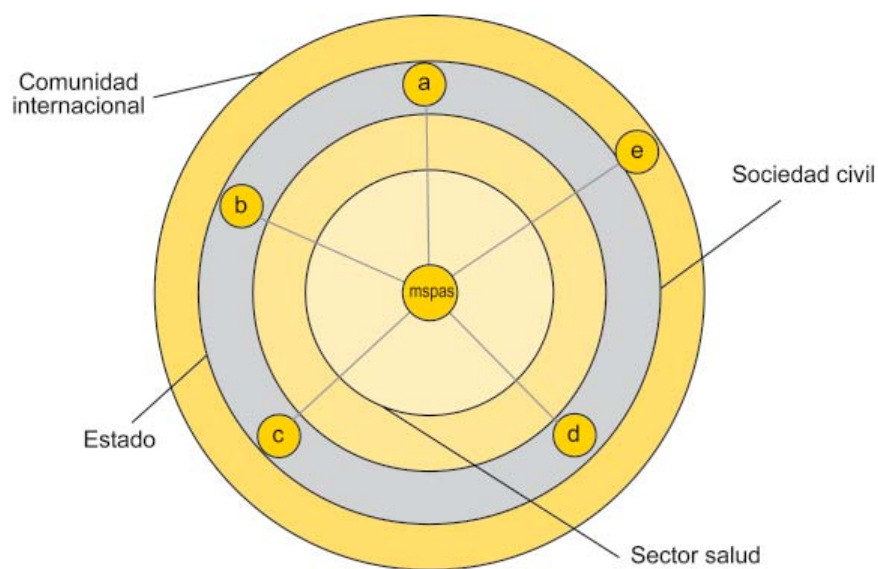
Actores con nivel alto de autonomía (Indicador 4)



Fuente: Elaboración propia.

Gráfica No.9

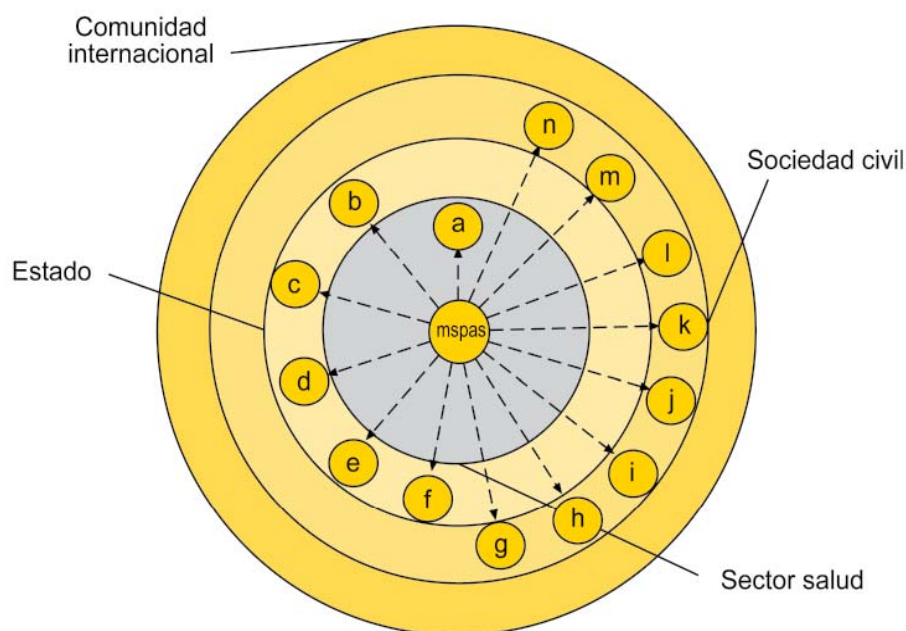
Actores con nivel medio de autonomía (Indicador 4)



Fuente: Elaboración propia.

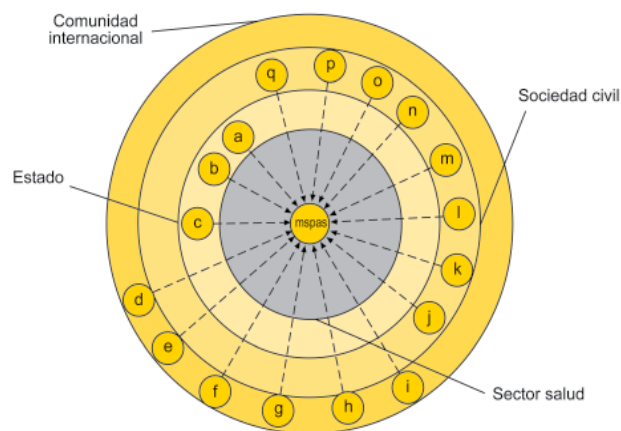


Gráfica No.10
Actores con orientación externa (Indicador 5)



Fuente: Elaboración propia.

Gráfica No.11
Actores con orientación interna (Indicador 5)



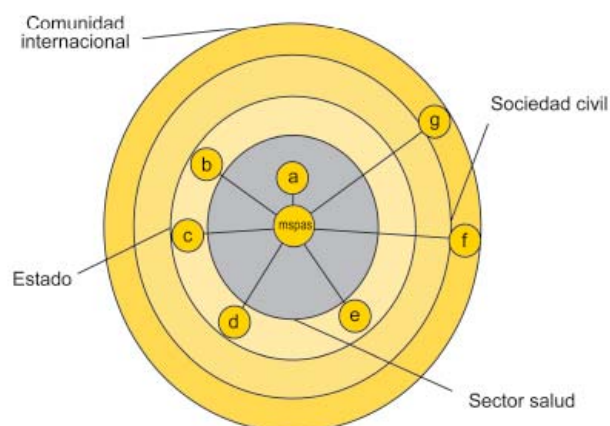
Fuente: Elaboración propia.

- | | |
|----|--|
| a. | Secretaría de Planificación y Programación. |
| b. | Ministerio de finanzas. |
| c. | Procurador de derechos humanos. |
| d. | Banco Interamericano de Desarrollo. |
| e. | Banco Mundial. |
| f. | Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. |
| g. | Organización Panamericana de la Salud. |
| h. | Sistema de Naciones Unidas. |
| i. | Unión Europea. |
| j. | Empresas de consultoría. |
| k. | Universidades. |
| l. | Comisión interinstitucional de acciones conjuntas en el sector académico y sector salud. |
| m. | Sindicatos de trabajadores de salud. |
| n. | Coalición de organizaciones de salud de la mujeres. |
| o. | Instancia nacional de salud. |
| p. | Organizaciones no gubernamentales internacionales. |
| q. | Medios de comunicación. |



Gráfica No.12

Actores con nivel muy importante (Indicador 6)

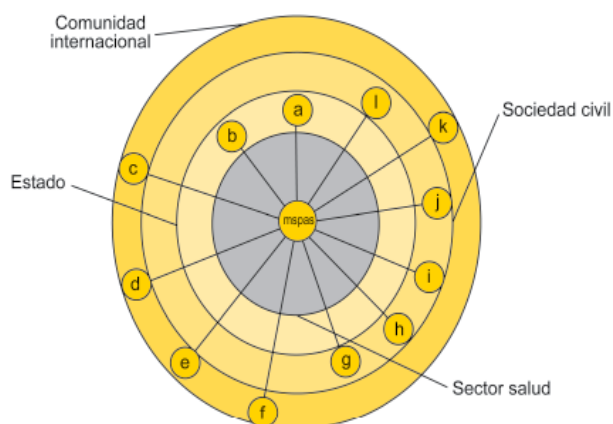


- a. Instituto de Seguridad Social de Guatemala.
- b. Presidencia de la República.
- c. Ministerio de Finanzas.
- d. Organismo legislativo.
- e. Comisión legislativa de finanzas y moneda.
- f. Banco Interamericano de Desarrollo.
- g. Banco Mundial.

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica No.13

Actores con nivel poco importante (Indicador 6)

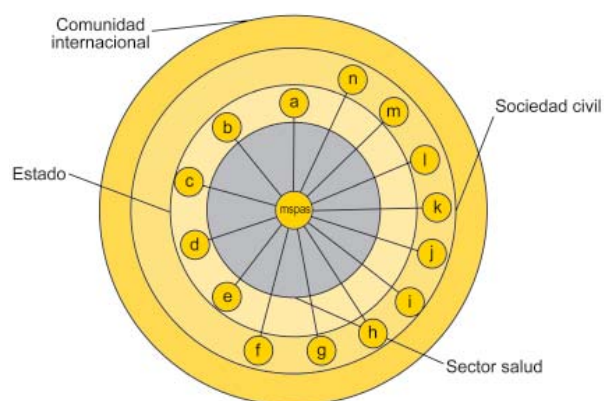


- a. Comisión legislativa de salud y asistencia social.
- b. Comisión legislativa de previsión y seguridad social.
- c. Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
- d. Sistema de Naciones Unidas.
- e. Organización Panamericana de la Salud.
- f. Unión Europea.
- g. Industria farmacéutica.
- h. Fundaciones de salud privadas no lucrativas.
- i. Asociación de hospitales y servicios médicos privados.
Industria de tecnología médica.
- j. Universidades.
- k. Organizaciones no gubernamentales internacionales.
- l. Iglesia Católica.

Fuente: Elaboración propia.



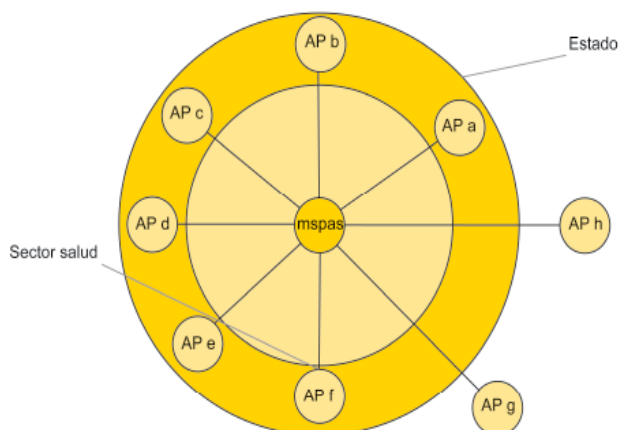
Gráfica No.14
Actores con nivel nada importante (Indicador 6)



- a. Secretaría de Planificación y Programación.
- b. Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente.
- c. Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia.
- d. Instituto de fomento municipal.
- e. Procurador de derechos humanos.
- f. Empresas privadas de aseguramiento y planes de salud.
- g. Comité coordinador de asociaciones agrícolas, comerciales, industriales, y financieras.
- h. Empresas de consultoría.
- i. Comisión interinstitucional de acciones conjuntas en el sector académico y sector salud.
- j. Sindicatos de trabajadores de salud.
- k. Coalición de organizaciones de salud de las mujeres.
- l. Instancia nacional de salud.
- m. Asociación de usuarios.
- n. Medios de comunicación.

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica No.15
Actores principales (Indicador 8)



- a. Presidencia de la República.
- b. Ministerio de finanzas.
- c. Organismo legislativo.
- d. Comisión legislativa de salud y asistencia social.
- e. Comisión legislativa de previsión y seguridad social.
- f. Comisión legislativa de finanzas y moneda.
- g. Banco Interamericano de Desarrollo.
- h. Banco Mundial.

Fuente: Elaboración propia.



Anexo B: Aproximaciones a las visiones de futuro

El proceso

Como parte del mapeo político de actores en salud, el reconocimiento de las visiones presentes en los actores, permite una identificación adecuada de los actores a convocar, esto se llevo a cabo bajo los siguientes aspectos metodológicos:

1. Para determinar las visiones existentes se realizó una entrevista con una muestra de treinta y siete actores, seleccionados a partir de los resultados obtenidos en el mapeo de gabinete.
2. El criterio de ordenamiento de los actores fue a través de los subsectores definidos en el mapeo de gabinete.
3. Los actores actuaron como informantes clave, a título estrictamente personal.
4. Se formularon seis variables generales que permitieran la orientación de la visión y determinaron las preguntas realizadas en la entrevista.
 - a. Aspectos de la visión del sistema de salud.
 - b. Actores indispensables en el sistema de salud.
 - c. Objetivo del sistema de salud.
 - d. Rol de los sectores de acuerdo al objetivo formulado del sistema de salud.
 - e. Financiamiento del sistema de salud.
 - f. Concepción del sector público en el sistema de salud.
5. La variable de la visión del sistema a futuro considera los componentes de la estructura del sistema de salud.
6. La variable de los actores indispensables considero los aspectos de:

- a. Los actores que deben ser parte del sistema de salud.
 - b. Los actores esenciales.
 - c. Los actores secundarios.
7. La variable sobre el rol consideró los aspectos de:
 - a. Rol del sector privado no lucrativo, que a su vez se enfocó en las:
 - i. ONG's
 - ii. Organizaciones comunitarias.
 - iii. Organizaciones sociales.
 - b. Rol del sector privado lucrativo.
 - c. Rol del sector público, que a su vez se enfocó en:
 - i. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
 - ii. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
 - iii. Municipalidades.
 - d. Rol del sector de las agencias internacionales en el sistema de salud, de acuerdo al objetivo, que a su vez se enfocó en las:
 - i. Agencias de cooperación.
 - ii. Agencias financieras internacionales.
 8. La variable sobre el financiamiento se consideró con las alternativas de:
 - a. Impuestos.
 - b. Seguro público.
 - c. Seguros privados.
 - d. Pago por servicios.
 - e. Otros.
 9. La variable de la concepción del sector público en el sistema de salud.
 - a. Establecer si el entrevistado tiende a una visión centralizada o participativa, como visión a futuro.

Estas variables se determinaron a partir de los factores que determinan lo que es un sistema de salud, considerando aquellos elementos que muestran, en una construcción de conjunto, una visión.



Cuestionario para la entrevista:

Introducción:

El presente cuestionario es una guía para las entrevistas que se realizarán a actores que actuaron como informantes clave, a título estrictamente personal, pero que provienen de los sectores que se invitarán al proceso de construcción social del futuro de la salud, entendiendo éste como un proceso colectivo de construcción de escenarios que comprende al futuro como un devenir o proceso histórico que lo encadena con el pasado y el presente y donde los mismos actores y tomadores de decisiones, mediante la discusión y diálogo informado diseñan un sistema de salud para los próximos 15 años, además de las políticas, acciones y estrategias en el presente para lograrlo.

El objeto de la investigación es la exploración sistemática de los futuros posibles, a fin de mantener o mejorar la libertad, el bienestar y el desarrollo humanos ahora y en el futuro. Para ello, se sitúa en la realidad confrontando las imágenes de futuro con datos, buscando esclarecer diferentes alternativas para conocer sus posibles repercusiones a partir de la acción presente. Se basa en la premisa de que es factible conocer inteligentemente futuros posibles (futuribles), en términos de una baraja de alternativas, establecer cuáles son los más probables, dadas las diversas condiciones (si se decide o no emprender algunas acciones específicas), cuáles futuros alternativos son

más deseables y qué es lo que las personas individual y colectivamente pueden hacer para alcanzar el futuro deseable y evitar las consecuencias de uno no deseable.

Esto es construir “visiones de futuro”, que constituyen las semillas que orientan el cambio. Para ello se requiere la disposición para comprender que éstas están escondidas en el presente, descubrir sus propias hipótesis implícitas y generar visiones que no acepten simplemente el status quo, sino que busquen la transformación de lo actual en pos de un futuro éticamente mejor desde el punto de vista global, mediante un proyecto que pueda realizarse efectivamente en la acción.

Para lograr este objetivo es importante contar con una perspectiva de la información que los propios actores requerirán.

Objetivo:

Identificar los aspectos que se deben tomar en cuenta como parte indispensable para el proceso de construcción social del futuro de la salud.

Objetivos específicos

1. Conocer en qué parte del espectro conceptual, político, económico técnico y operativo se sitúan los actores en su visión de futuro.
2. Conocer, mediante el análisis de las visiones, cuál es la información que se necesita para profundizar en las consecuencias y oportunidades de dichas visiones.



Variables

Variable	Pregunta	Observaciones
1 Aspectos de la visión del Sistema de Salud	1.1 En perspectiva de construcción de futuro a 15 años, ¿cómo debería ser el sistema de salud?	Solicitar un elenco de al menos tres La visión de futuro considera los componentes (elementos de la estructura del sistema de salud) y características.
2 Actores indispensables en el Sistema de Salud	2.1 ¿Qué actores deberían considerarse en la visión de futuro del sistema de salud? 2.2 De estos actores, ¿cuáles considera esenciales del sistema? 2.3 De estos actores, ¿cuáles considera circunstanciales?	Solicitar que los actores a mencionar, no deben ser necesariamente aquellos que se consideran normalmente para del sector salud, por ejemplo la industria farmacéutica, los sindicatos, etc.
3 Objetivo del Sistema de Salud	3.1 En su visión a futuro ¿cuál considera que debería ser el objetivo del sistema de salud?	Solicitar definirlo con precisión.
4 Rol del sector privado no lucrativo en el Sistema de Salud, de acuerdo al objetivo	4.1 En términos del objetivo considerado, ¿cuál sería el rol de las organizaciones no gubernamentales en el sistema de salud? 4.2 En términos del objetivo considerado, ¿cuál sería el rol de las organizaciones comunitarias en el sistema de salud? 4.3 En términos del objetivo considerado, ¿cuál sería el rol de las organizaciones sociales en el sistema de salud?	Explicar la definición sociológica de rol. Que puede definirse como el conjunto de funciones, normas y comportamientos que se esperan que un actor cumpla o ejerza en el sistema de salud. La explicación puede matizarse haciendo referencia al llamado Juego de roles, que se refiere al repertorio de roles que un actor establece con otros actores en situaciones determinadas, en términos de alcanzar el objetivo del sistema Debe explicarse la diferencia entre lo que significa una organización no gubernamental, como un tipo de organización que se diferencia en su naturaleza y en sus objetivos de las organizaciones comunitarias.
5 Rol del sector privado lucrativo en el Sistema de Salud, de acuerdo al objetivo	5.1 En términos del objetivo considerado, ¿cuál sería el rol del sector privado lucrativo en el sistema de salud?	
6 Rol del sector público en el Sistema de Salud, de acuerdo al objetivo	6.1 En términos del objetivo considerado, ¿cuál sería el rol del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el sistema de salud? 6.2 En términos del objetivo considerado, ¿cuál sería el rol del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el sistema de salud? 6.3 En términos del objetivo considerado, ¿cuál sería el rol de las Municipalidades en el sistema de salud?	
7 Rol del sector de las agencias internacionales en el Sistema de Salud, de acuerdo al objetivo	7.1 En términos del objetivo considerado, ¿cuál sería el rol de la cooperación internacional? 7.2 En términos del objetivo considerado, ¿cuál es el rol de las agencias financieras internacionales?	❖ Esta variable se distingue entre la cooperación internacional, entendida en términos amplios y aquellas que específicamente juegan un papel en función de agentes de préstamo.
8 Financiamiento del Sistema de Salud	8.1 En su visión de futuro, el financiamiento del sistema de salud debería proporcionarse a través de 1. Impuestos. 2. Contribución seguro público. (IGSS) 3. Seguros médicos privados. 4. Pago por servicios 5. Otros.	❖ Solicitar que al indicar otro lo señale con precisión. ❖ El entrevistador deberá explicar cada una de las opciones. ❖ Debe sugerirse la posibilidad de combinar alternativas. ❖ Si se indica una combinación, solicitar el énfasis en el tipo de financiamiento.
9 Concepción de la toma de decisiones del sistema de salud.	9.1 En su visión de futuro, quienes deberían participar en la toma de decisiones en el sistema de salud.	❖ Explicar la dinámica compleja de la toma de decisiones. ❖ El objetivo de esta pregunta es establecer si el entrevistado tiende a una visión centralizada o participativa, como visión a futuro.

Fuente: Elaboración propia.



Siglas utilizadas

AID	Agencia Internacional para el Desarrollo
ASECSA	Asociación de Servicios Comunitarios de Salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere.
COGUANOR	Comisión Guatemalteca de Normas
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
ENIGFAM	Encuesta Nacional de Ingresos Familiares, 1998
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
FDA	Food and Drug Administración . Administración de Drogas y Alimentos
íDH	Índice de Desarrollo Humano
IDH	Informe de Desarrollo Humano
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
INCAP	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
MECOVI	Programa para el Mejoramiento de las Encuestas y Medición de las Condiciones de Vida
MINUGUA	Misión de Verificación de las Naciones Unidas en Guatemala
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
VIH – sida	Virus de Inmuno Deficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
PIB	Producto Interno Bruto
PNC	Policía Nacional Civil
PEA	Población Económicamente Activa
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
SIAS-EC	Extensión de Cobertura del Sistema Integral de Atención en Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

